

Salla-Maaria Pätsi

LÄÄKKEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ SUOMALAISESSA AIKUISVÄESTÖSSÄ

- ominaispiirteet ja yhteys alkoholin käyttöön

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta
Kansanterveystiede
Pro gradu -tutkielma
Tammikuu 2019

TIIVISTELMÄ

PÄTSI SALLA-MAARIA: Lääkkeiden väärinkäyttö suomalaisessa aikuisväestössä - ominaispiirteet ja yhteys alkoholin käyttöön

Pro gradu -tutkielma, 52 sivua, 5 liitesivua

Ohjaajat: yliopistonlehtori Sari Fröjd ja dosentti Karoliina Karjalainen

Tampereen yliopisto

Kansanterveystiede

Tammikuu 2019

Lääkkeiden väärinkäyttö on tunnistettu globaaliksi kansanterveyden haasteeksi ja kansainvälisissä tutkimuksissa ilmiöön on havaittu liittyvän erilaisia käyttäjäryhmiä ja käyttötapoja. Suomessa lääkkeiden väärinkäyttöön liittyviä tekijöitä ei juuri tunneta tutkimustiedon vähäisyydestä johtuen.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä suomalaisessa aikuisväestössä sekä selvittää, onko alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön välillä yhteys. Tutkimuksessa käytettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetutkimus 2014 -väestötutkimuksen aineistoa, jonka vastaajat koostuivat 15–69-vuotiaista suomalaisista. Lääkkeiden väärinkäyttäjiksi luokiteltiin vastaajat, jotka olivat joskus kokeilleet tai käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Tilastollisina menetelminä käytettiin väärinkäytön ominaispiirteiden tarkastelussa ristiintaulukointia ja khiin neliö -testiä sekä alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön yhteyden selvittämisessä logistista regressioanalyysiä.

Viisi prosenttia suomalaisesta väestöstä oli joskus elämänsä aikana käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Viimeisen vuoden aikana lääkkeitä väärinkäyttäneitä oli kaksi prosenttia suomalaisista ja viimeisen kuukauden aikana väärinkäyttäneitä yksi prosentti. Suomalaiset käyttivät ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen yleisimmin rauhoittavia lääkkeitä tai unilääkkeitä sekä vahvoja kipua lievittäviä lääkkeitä. Tavallisimmat lääkkeiden väärinkäyttötarkoitukset olivat päihtyminen, kokeileminen sekä omatoiminen kivun tai muun vaivan hoito. Lääkkeet hankittiin tyypillisimmin sosiaalisten verkostojen kautta tai apteekista henkilökohtaisella reseptillä. Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet eivät eronneet naisten ja miesten välillä. Alkoholin riskikulutus oli yhteydessä suurempaan lääkkeiden väärinkäytön todennäköisyyteen verrattuna niihin, joilla ei ollut alkoholin riskikulutusta. Huumeiden käyttö oli kuitenkin voimakkain lääkkeiden väärinkäyttöä selittävä tekijä. Myös nuorempi ikä ja matalampi koulutus olivat yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön.

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että lääkkeiden väärinkäyttö ei ole harvinaista suomalaisen aikuisväestön keskuudessa. Ilmiöön liittyy myös muiden päihteiden käyttö. Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvien tekijöiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään ilmiötä suomalaisten keskuudessa ja kehittämään preventiivisiä toimenpiteitä. Jatkossa lääkkeiden väärinkäyttöä tulisi tutkia rajatummissa väestöryhmissä sekä lääkeaineryhmäkohtaisesti.

Avainsanat: lääkkeiden väärinkäyttö, reseptilääkkeet, alkoholin käyttö, sosiodemografiset tekijät, esiintyvyys, väestökyselyt, Suomi

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

ABSTRACT

PÄTSI SALLA-MAARIA: Non-medical use of prescription drugs in Finnish adult population - characteristics and association with the use of alcohol

Master's Thesis, 52 pages, 5 appendix pages

Supervisors: University lecturer Sari Fröjd and Docent Karoliina Karjalainen

Tampere University

Public Health

January 2019

Non-medical use of prescription drugs has been identified as a global health problem. In international research non-medical use of prescription drugs has been associated with different user groups and ways of use. In Finland, there is a lack of research in this topic.

The purpose of this study was to describe the characteristics of non-medical use of prescription drugs in Finnish adult population. In addition, the aim was to examine if there is an association between the non-medical use of prescription drugs and the hazardous use of alcohol. The data used in this study was the population-based Drug Survey conducted in Finland in 2014. The respondents were Finnish adults aged between 15 and 69. Those who had reported non-medical use of prescription drugs at some point in their lives were defined as prescription drug misusers. The characteristics of non-medical use were examined with cross-tabulation and Chi-square test. Logistic regression analysis was performed to study the relationship between alcohol use and non-medical use of prescription drugs.

The prevalence of lifetime non-medical use of prescription drugs was five percent in Finnish adult population. Two percent of Finnish adults had misused prescription drugs past year and one percent past month. The most used drug classes were sedatives, anxiolytics and analgesics. The most common reasons for prescription drug misuse was intoxication, experiment or to relieve pain or some other symptom. Prescription drugs were primarily sourced through social networks or via own prescription from pharmacy. There were no differences between woman and men in these characteristics. Hazardous alcohol use was associated with increased odds of non-medical use of prescription drugs, compared to those who didn't use alcohol hazardously. However, use of illicit drugs was the strongest correlate of non-medical use of prescription drugs. Younger age and lower education were also associated with non-medical use of prescription drugs.

The results indicate that non-medical use of prescription drugs is not uncommon among Finnish adult population. The phenomenon is also associated with the use of other substances. Identifying characteristics of prescription drug misuse helps to understand the phenomenon in Finland and to improve preventive actions. Future research should examine non-medical use of prescription drugs in different population groups and drug classes.

Keywords: non-medical use of prescription drugs, prescription drugs, alcohol use, sociodemographic characteristics, prevalence, population surveys, Finland

The originality of this thesis has been checked using the Turnitin OriginalityCheck service.

Sisällys

1 JOHDANTO	1
2 LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ JA VÄÄRINKÄYTTÖ	3
2.1 Lääkkeiden väärinkäyttö käsitteenä	3
2.2 Väärinkäyttöpotentiaalia omaavien lääkkeiden kulutus	4
2.3 Lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyys	6
2.4 Väärinkäytettyjen lääkkeiden käyttötarkoitus	7
2.5 Väärinkäyttöön tarkoitettujen lääkkeiden hankinta	8
2.6 Lääkkeiden väärinkäyttö ja sosiodemografiset tekijät	9
2.7 Lääkkeiden väärinkäyttö ja huumeiden käyttö	11
2.8 Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvät haitat	11
3 ALKOHOLIN KÄYTTÖ	14
3.1 Alkoholin kulutus	14
3.2 Alkoholin ongelmakäyttö	14
3.3 Alkoholin käytön haitat	16
3.4 Alkoholin käytön yhteys lääkkeiden väärinkäyttöön	16
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	19
5.1 Aineisto	19
5.2 Muuttujat	20
5.2.1 Lääkkeiden väärinkäyttö	20
5.2.2 Alkoholin ongelmakäyttö	21
5.2.3 Taustatekijät	22
5.2.4 Muut muuttujat	24
5.3 Tilastolliset menetelmät	24
6 TULOKSET	26
6.1 Tutkimusväestön taustatiedot	26

6.2 Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet	26
6.3 Alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön yhteys	28
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	33
7.1 Tulosten tarkastelu	33
7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset	40
7.3 Tutkimuksen eettisyys.....	42
7.4 Johtopäätökset.....	43
LÄHTEET	45
LIITTEET	53
Liite 1. AUDIT-C-kyselylomake	53
Liite 2. Kyselylomakkeen kysymykset	54

1 JOHDANTO

Lääkkeiden väärinkäyttö on tunnistettu globaaliksi kansanterveyden haasteeksi ja uusimmissa kansainvälisissä raporteissa erityisesti opioidien väärinkäyttö on nähty ongelmana (United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2017; United Nations Office on Drugs and Crime 2018). Lääkkeiden väärinkäyttö on ollut esillä myös mediassa. Yhdysvalloissa vallitseva opioidikriisi on ajankohtainen (Helsingin Sanomat 11.8.2017; YLE 19.3.2018), mutta myös Euroopassa (Helsingin Sanomat 21.12.2017) ja Suomessa on huolestuttu opioidien käytöstä (Helsingin Sanomat 25.11.2018). Kokonaisuudessaan lääkkeiden väärinkäyttö on tunnistettu ongelmaksi myös Suomessa (Helin-Soilevaara ja Muhonen 2014; Lintonen ja Karjalainen 2015). Vaikka lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyyttä suomalaisilla on kartoitettu väestökyselyillä jo useamman vuoden ajan, tarkempaa tutkimustietoa aiheesta on vähän (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Kansainvälisestikään lääkkeiden väärinkäytöstä ei juuri löydy systemaattista tutkimustietoa (United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Casati ym. 2012). Tutkimus on keskittynyt pääasiassa Yhdysvaltoihin ja opioidien väärinkäyttöön. Lisäksi tutkimusaihe liitetään usein muiden päihteiden käyttöön sen sijaan, että sitä tutkittaisiin omana ilmiönään.

Lääkkeiden väärinkäytön yleisyys näyttää pysyneen Suomessa melko tasaisena viimeisen 20 vuoden aikana, mutta erityisesti 25–34-vuotiailla käyttö on lisääntynyt (Karjalainen ym. 2016). On arvioitu, että lääkkeiden päihdekäyttö tulee Suomessa lisääntymään entisestään ja on vuonna 2020 yleisempää kuin laittomien päihdyttävien aineiden käyttö. Lisäksi asenteelliset esteet lääkkeiden väärinkäyttöä kohtaan ovat arvioiden mukaan lieventymässä. (Lintonen ym. 2012.) Verrattuna huumausaineisiin, tällä hetkellä ainoastaan kannabiksen käyttö on Suomessa yleisempää kuin lääkkeiden väärinkäyttö. Kannabiksen käytön elinikäisprevalenssi Suomessa on 19 prosenttia kun taas lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön viisi prosenttia. Seuraavaksi yleisimpien huumeiden amfetamiinin, kokaiinin ja ekstaasin käytön esiintyvyys on 2–3 prosenttia. (Karjalainen ym. 2016.)

Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvät haitat koskettavat sekä yhteiskuntaa että yksilöä. Yhteiskunnalle lääkkeiden väärinkäyttö voi aiheuttaa kustannuksia esimerkiksi terveydenhuoltomenojen (Florence ym. 2016) tai työllisyyteen liittyvien tekijöiden kautta (Van Hasselt ym. 2015; Florence ym. 2016). Yksilön tasolla lääkkeiden väärinkäyttöön on kansainvälisissä tutkimuksissa yhdistetty esimerkiksi riippuvuutta ja mielenterveyden ongelmia

(Martins ja Gorelick 2011; United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Casati ym. 2012). Lisäksi alkoholin käytön on havaittu olevan yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön (McCabe ym. 2006; Abrahamsson ja Hakansson 2015). Alkoholikulttuuri tulee ilmi monin tavoin suomalaisessa yhteiskunnassa (Mäkelä ym. 2018) ja Suomessa alkoholin kulutus on korkeampaa verrattuna muuhun maailmaan (WHO 2014; ECHI 2017). Lisäksi noin 30 prosentilla suomalaisista on havaittu alkoholin liiallista käyttöä (Sotkanet.fi 2018). Nämä tekijät korostavat alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön välisen yhteyden tutkimuksen tarvetta myös Suomessa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä suomalaisessa aikuisväestössä sekä selvittää, onko alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön välillä yhteys. Tutkimuksessa käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetutkimus 2014 -väestötutkimuksen aineistoa, jonka vastaajat koostuvat 15–69-vuotiaasta suomalaisesta aikuisväestöstä. Tutkimuksen tavoitteena on tarjota yksityiskohtaisempaa väestötason tietoa lääkkeiden väärinkäytöstä Suomessa ja tätä kautta tuottaa tietoa esimerkiksi terveys- ja lääkepolitiikan sekä terveydenhuollon toiminnan tueksi.

2 LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ JA VÄÄRINKÄYTTÖ

2.1 Lääkkeiden väärinkäyttö käsitteenä

Lääkkeiden väärinkäyttö on käsitteenä laaja ja monimerkityksinen (Barrett ym. 2008). Englanninkielisessä kirjallisuudessa ilmiöstä puhutaan esimerkiksi termein ”non-medical use of prescription drugs” ja ”prescription drug misuse” (Barrett ym. 2008; Hernandez ja Nelson 2010). Suomenkielisessä kirjallisuudessa aiheita määrittelevät pääasiassa käsitteet ”lääkkeiden väärinkäyttö” ja ”lääkkeiden ei-lääkinnällinen käyttö” (Karjalainen ja Hakkarainen 2013; Niemelä ja Mikkonen 2014). Useimmiten lääkkeiden väärinkäyttö viittaa lääkkeen käyttöön ilman lääkärin määräystä käyttötarkoituksesta ja -tavasta riippumatta. Se viittaa myös oman reseptilääkkeen käyttöön esimerkiksi suurempina annoksina, useammin, pidempään tai eri tarkoituksiin kuin määrätty, kuten huumausaineen vaikutuksen tai hyvinvointitunteen aikaansaamiseksi. Määritelmä voi myös viitata reseptin hankintaan laitonta käyttötarkoitusta varten, kuten jälleenmyyntiin, tai käyttöön, joka täyttää tietyt väärinkäytön tai riippuvuuden diagnostiset kriteerit. (Barrett ym. 2008.) Tässä tutkimuksessa termejä ”lääkkeiden väärinkäyttö” ja ”lääkkeiden ei-lääkinnällinen käyttö” käytetään toistensa synonyymeina. Määritelmillä viitataan lääkkeen käyttöön esimerkiksi ilman lääkärin määräystä sekä suurempina annoksina tai eri tarkoituksiin kuin on määrätty. Tutkimuksessa tarkastellaan reseptillä saatavia lääkkeitä, kuten unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä ja vahvoja kipulääkkeitä.

Väärinkäyttöpotentiaalia omaavat lääkkeet ovat suurimmaksi osaksi pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia (PKV) tai huumausaineiksi luokiteltavia lääkkeitä ja lääkkeiden väärinkäytön tutkimus keskittyykin pääosin unilääkkeisiin, rauhoittaviin lääkkeisiin, kipulääkkeisiin ja keskushermostoa stimuloiviin lääkkeisiin. Tyypillisiä väärinkäytettyjä uni- ja rauhoittavia lääkkeitä ovat esimerkiksi bentsodiatsepiinit, tsopikloni ja tsolpideemi. Bentsodiatsepiineja käytetään tyypillisesti hyvinvointitunteen tai rauhoittavan vaikutuksen aikaansaamiseksi sekä unilääkkeiksi luokiteltavia tsopiklonia ja tsolpideemia hyvinvointitunteen, rauhoittavan tai aistiharhoja synnyttävän vaikutuksen aikaansaamiseksi. Kipulääkkeistä opioidit, kuten buprenorfiini, tramadoli, kodeiini ja oksikodoni ovat väärinkäytetyimpiä. Opioidit aiheuttavat voimakasta hyvinvointitunnetta ja rauhoittavaa vaikutusta. Väärinkäytetyt keskushermostoa stimuloivat lääkkeet ovat pääasiassa ADHD:n hoitoon käytettyjä amfetamiinijohdannaisia, kuten metyyylifenidaattia ja lisdeksamfetamiinia. (Hernandez ja Nelson 2010; Niemelä ja Mikkonen 2014.)

Myös pregabaliinia, bupropionia, deksametorfaania (Niemelä ja Mikkonen 2014), anestesia-aineita (Hernandez ja Nelson 2010) sekä toisen polven psykoosilääkkeitä, kuten ketiapiinia ja olantsapiinia käytetään väärin (Malekshahi ym. 2015). Taulukkoon 1 on koottu yleisimmin väärinkäytettyjen lääkkeiden suomalaisia kauppanimiä (Kustannus Oy Duodecim 2018).

Taulukko 1. Tyypillisimmin väärinkäytettyjen lääkkeiden suomalaisia kauppanimiä (Kustannus Oy Duodecim 2018).

Lääkeaine tai lääkeaineryhmä	Kauppanimiä
Bentsodiatsepiinit	Diapam®, Dormicum®, Opamox®, Risolid®, Temesta®, Tenox®, Xanor®
Buprenorfiini	Suboxone® (buprenorfiini ja naloksoni), Subutex®, Temgesic®
Kodeiini	Panacod® (parasetamoli ja kodeiini)
Lisdeksamfetamiini	Elvanse®
Metyylifenidaatti	Concerta®, Medikinet®
Oksikodoni	Oxycontin®, Oxynorm®, Targiniq®
Pregabaliini	Lyrica®
Tramadoli	Tradolan®, Tramadol®, Tramal®
Tsolpideemi	Stella®, Stilnoct®
Tsopikloni	Imovane®, Zopinox®

Osaan väärinkäyttöön soveltuvista lääkkeistä sovelletaan Suomessa huumausainelakia ja näiden aineiden hankinta, hallussapito ja käyttö ilman lääkemääräystä on kiellettyä (L 30.5.2008/373 3§). Rangaistuksena voi olla sakkoja tai enintään kymmenen vuotta vankeutta (L 19.12.1889/39 50§). Näitä aineita ovat muun muassa bentsodiatsepiinit, amfetamiinijohdannaiset ja opioidit (A 28.8.2008/543). Esimerkiksi pregabaliinia, ketiapiinia, bupropionia ja deksametorfaania ei ole Suomessa luokiteltu PKV-lääkkeeksi tai huumausaineeksi (Lääkelaitos 2009).

2.2 Väärinkäyttöpotentiaalia omaavien lääkkeiden kulutus

Suomessa lääkkeiden kulutustiedot julkaistaan vuosittain Suomen lääketilastossa, jonka toimittaa yhteistyössä Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) sekä Kansaneläkelaitos (Kela). Tilastojulkaisun avulla saadaan tietoa lääkekustannuksista ja -kulutuksesta sekä voidaan seurata lääkehoidon asianmukaista toteutumista. Lääkkeiden kulutusluvut perustuvat Suomen lääketukukauppojen lääkevalmisteiden myyntiin apteekeille ja sairaaloille sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) rokotteiden kulutuslukuihin. Lääkkeiden kulutusta voidaan

tarkastella määritellyillä vuorokausiannoksilla (defined daily dose, DDD). DDD lasketaan perustuen lääkkeen vuosittaiseen kulutukseen sekä teoreettiseen vuorokausiannokseen ja näiden lukujen perusteella saatu kokonaiskulutus suhteutetaan väestöön tuhatta asukasta ja vuorokautta kohti. Tämä kulutusluku ilmoittaa promilleina sen osuuden väestöstä, joka on käyttänyt lääkettä vuorokausiannoksen päivittäin. (Fimea ja Kansaneläkelaitos 2018.)

Väärinkäyttöpotentiaalia omaavista lääkkeistä Suomessa kulutettiin vuonna 2017 eniten unilääkkeitä (32,8 DDD/1 000 as/vrk) ja rauhoittavia lääkkeitä (18,7 DDD/1 000 as/vrk) (Taulukko 2). Bentsodiatsepiiniunilääkkeiden sekä tsolpideemin ja tsopiklonin kulutus on vähentynyt Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana. Opioidien kulutus oli 14,6 DDD/1 000 as/vrk vuonna 2017. Opioidien kulutus on noussut Suomessa voimakkaasti viimeisen 25 vuoden aikana, mutta laskenut hieman vuodesta 2012 lähtien. Kulutuksen lasku on johtunut parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmävalmisteiden kulutuksen vähenemisestä kun taas vahvojen opioidien yhteenlaskettu kulutus on kasvanut. Keskushermostoa stimuloivien lääkeaineiden kulutus oli Suomessa vähäistä, joskin näiden lääkkeiden kulutus on lisääntynyt Suomessa koko 2010-luvun ajan. (Fimea ja Kansaneläkelaitos 2018.)

Taulukko 2. Väärinkäyttöpotentiaalia omaavien lääkkeiden kulutus Suomessa (Fimea ja Kansaneläkelaitos 2018).

Lääkeaine tai lääkeaineryhmä	Kulutus vuonna 2017 DDD/1 000 as/vrk
Unilääkkeet	32,8
Tsolpideemi	5,0
Tsofikloni	14,2
Bentsodiatsepiinijohdokset	7,4
Tematsepaami	6,7
Rauhoittavat lääkkeet	18,7
Bentsodiatsepiinijohdokset	17,1
Diatsepaami	5,1
Oksatsepaami	5,1
Opioidit	14,6
Buprenorfiini	1,3
Parasetamoli+Kodeiini	7,1
Oksikodoni	1,6
Tramadoli	2,8
Keskushermostoa stimuloivat lääkkeet	3,8
Epilepsialääkkeet	
Pregabaliini	5,1

Suomalaisten lääkkeiden käyttöä on kartoitettu myös kyselytutkimuksilla. Vuonna 2014 15–64-vuotiaista suomalaisista noin viisi prosenttia oli raportoinut käyttäneensä unilääkkeitä ja noin kolme prosenttia rauhoittavia lääkkeitä viimeisen viikon aikana (Helldán ja Helakorpi 2015). Vuonna 2013 65–84-vuotiaista suomalaisista naisista noin 19 prosenttia ja miehistä noin 11 prosenttia oli raportoinut käyttäneensä unilääkkeitä viimeisen viikon aikana. Rauhoittavien lääkkeiden kohdalla vastaavat luvut olivat noin kolme ja noin viisi prosenttia. (Helldán ja Helakorpi 2014.)

2.3 Lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyys

Lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyyttä mitataan tyypillisimmin huumeaiheisilla väestökyselyillä, joissa vastausaktiivisuus on vaihdellut esimerkiksi 40–70 prosentin välillä (Abrahamsson ja Hakansson 2015; Karjalainen ym. 2016; Center for Behavioral Health Statistics and Quality 2017). Ainoastaan lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyyden mittaamista arvioivaa tutkimuskirjallisuutta ei juuri ole julkaistu. Laittomia aineita (Harrison ja Hughes 1997; Johnson ja Fendrich 2005) sekä opioideja (Palamar 2018) koskevia kyselyitä ja haastatteluita analysoivassa kirjallisuudessa on kuitenkin arvioitu, että ihmiset saattavat olla haluttomia kertomaan kyseisten aineiden käytöstä, mikä saattaa aiheuttaa raportointiharhaa. Lääkkeiden väärinkäytön arviointiin liittyy myös käsitteellisiä ja tietoon liittyviä ongelmia. Käsitteiden määrittely voi olla vaihtelevaa sekä tutkimusten sisällä että niiden välillä. Lisäksi tutkimusväestössä termit saatetaan ymmärtää väärin. (McNeely ym. 2014; Palamar 2018.)

Haasteista huolimatta koko väestöön kohdistuvat ja itseraportointiin perustuvat tutkimukset ovat pääasiallinen lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyydestietojen keräyksen lähde. Tällä menetelmällä saadaan selvitettyä enemmän käyttöön liittyvää tietoa esimerkiksi väärinkäytön motiiveista ja käyttäytymisestä kun taas esimerkiksi biologiset mittaukset lähinnä todistavat tietyn aineen käytön oikeasti tapahtuneeksi (Harrison ja Hughes 1997). Lisäksi tämänkaltaiset tutkimukset tarjoavat tietoa laajasti koko väestöstä ja arvioita esiintyvyyden muutoksista sekä ovat tarpeellisia esimerkiksi syy-seuraussuhteiden monitahoisuuden ymmärtämisessä (Harrison ja Hughes 1997; Gfroerer ym. 2002).

Lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyys vaihtelee sekä alueittain että eri ikä- ja lääkeaineryhmien välillä. Vuonna 2014 kaksi prosenttia suomalaisista raportoi käyttäneensä lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen viimeisen vuoden aikana. Joskus elämänsä aikana lääkkeitä

väärinkäyttäneitä oli viisi prosenttia suomalaisista. (Karjalainen ym. 2016.) Vuonna 2009–2011 tehtyjen asiantuntija-arvioiden mukaan lääkkeiden päihdekäytön ennustettiin lisääntyvän Suomessa vuoteen 2020 mennessä ja olevan vuonna 2020 yleisempää kuin laittomien aineiden käyttö (Lintonen ym. 2012). Lääkkeiden väärinkäytön yleisyys on pysynyt Suomessa kuitenkin melko tasaisena viimeisen 25 vuoden ajan. Käyttö yleistyi hieman koko 1990-luvun ajan, mutta tasaantui 2000-luvulla ja kääntyi laskuun 2010-luvulla. 25–34-vuotiailla lääkkeiden väärinkäyttö on tosin lisääntynyt aina 1990-luvun alusta lähtien. (Karjalainen ym. 2016.)

Täysin systemaattista vertailutietoa eri maiden välisestä esiintyvyydestä ei ole, mutta suomalaisessa väestössä lääkkeiden väärinkäyttö näyttää olevan hieman harvinaisempaa verrattuna muuhun Eurooppaan ja Yhdysvaltoihin. Ruotsissa viisi prosenttia aikuisväestöstä raportoi väärinkäyttäneensä lääkkeitä viimeisen vuoden aikana (Abrahamsson ja Hakansson 2015). Euroopassa vastaava luku oli 3–6 prosenttia lääkeaineryhmästä riippuen. Joskus elämänsä aikana lääkkeitä väärinkäyttäneitä oli 7–14 prosenttia eurooppalaisista. (Novak ym. 2016a.)

Yhdysvaltojen opioidikriisi on ollut viime aikoina paljon esillä mediassa (esim. Helsingin Sanomat 11.8.2017, YLE 19.3.2018). Lisäksi sieltä on peräisin merkittävä osa lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvästä tutkimustiedosta. Vuonna 2016 Yhdysvalloissa seitsemän prosenttia 12-vuotiaista ja sitä vanhemmista oli käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen viimeisen vuoden aikana (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Lääkkeiden väärinkäyttö on yleistynyt Yhdysvalloissa viimeisen 25 vuoden aikana, joskin käyttö on tasaantunut ja kääntynyt hieman laskuun viime vuosina (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 1998; United Nations Office on Drugs and Crime 2011; McCabe ym. 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Trendeissä on kuitenkin havaittavissa eroja eri ikä- ja lääkeaineryhmien välillä. Esimerkiksi korkeakouluopiskelijoilla opioidien väärinkäyttö väheni ja keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden väärinkäyttö lisääntyi vuosina 2003–2013 (McCabe ym. 2014). Opioidien väärinkäytön havaittiin vähentyneen vuosina 2003–2013 myös 18–64-vuotiailla (Han ym. 2015), mutta lisääntyneen 50–64-vuotiailla (Schepis ja McCabe 2016).

2.4 Väärinkäytettyjen lääkkeiden käyttötarkoitus

Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan yleisiä raportoituja lääkkeiden väärinkäyttötarkoituksia ovat olleet päihtyminen, nukkuminen sekä muiden päihteiden vaikutusten vahvistaminen tai niiden

aiheuttamien seurauksien lääkitseminen tai lieventäminen (Rigg ja Ibanez 2010; Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Myös ahdistuksen tai stressin hallitseminen sekä kivun hoito ovat olleet tyypillisiä syitä väärinkäyttää lääkkeitä (Rigg ja Ibanez 2010).

Eri lääkeaineryhmien välillä on eroja lääkkeiden väärinkäyttötarkoituksissa. Kipulääkkeitä käytettiin Yhdysvalloissa tyypillisimmin kivun lievitykseen, päihtymistarkoituksessa sekä rentoutumiseen. Rauhoittavia lääkkeitä ja unilääkkeitä on raportoitu käytettävän tavallisimmin nukkumisen helpottamiseen, rentoutumiseen, päihtymistarkoituksessa sekä kokeiluun. (McCabe ja Cranford 2012; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017.)

Keskushermostoa stimuloivia lääkkeitä on havaittu käytettävän tyypillisimmin vireystilan lisäämiseen ja keskittymisen parantamiseen, opiskelun helpottamiseen, kokeiluun sekä päihtymiseen (McCabe ja Cranford 2012; Compton ym. 2018). Erityisesti naisilla (Compton ym. 2018) ja nuorilla aikuisilla (McCabe ja Cranford 2012) yhtenä käytön motiivina on raportoitu myös painon pudottaminen.

2.5 Väärinkäyttöön tarkoitettujen lääkkeiden hankinta

Hulmen ym. (2018) tekemässä meta-analyysissä todettiin, että väärinkäyttöön tulevat lääkkeet hankittiin useimmiten sosiaalisten verkostojen kautta. Analyysissä tarkasteltiin sekä tavallista väestöä, huumeiden käyttäjiä että opiskelijoita ja eri lääkeaineryhmiä. Kaikkien käyttäjien keskuudessa lääkkeet saatiin tavallisimmin ystävien tai sukulaisten kautta. Erityisesti huumeita käyttävässä väestössä myös lääkkeiden hankkiminen jälleenmyyjien kautta oli melko yleistä. Sosiaalisten verkostojen lisäksi lääkkeiden hankkiminen henkilökohtaisella reseptillä oli tavallista. Lääkkeiden varastaminen sekä internetistä tai laittomin keinoin terveydenhuoltojärjestelmästä hankkiminen (esim. väärennetty resepti, oireiden teeskentely tai ”lääkärishoppailu”) olivat suhteellisen harvinaisia hankintakeinoja.

Myös muissa kansainvälisissä tutkimuksissa väärinkäyttöön tulevien lääkkeiden hankkimisen on raportoitu olleen yleisintä sukulaisten tai ystävien kautta (Novak ym. 2016a; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Suomessa aihetta ei ole tutkittu.

2.6 Lääkkeiden väärinkäyttö ja sosiodemografiset tekijät

Lääkkeiden väärinkäytön on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä moniin eri sosiodemografisiin tekijöihin. Eräiden pohjoismaisten väestötutkimusten mukaan lääkkeiden väärinkäyttö on yleisempää naisilla miehiin verrattuna (Karjalainen ja Hakkarainen 2013; Abrahamsson ja Hakansson 2015). Eri käyttäjä- ja lääkeaineryhmiä tarkasteltaessa tilannekuva on ristiriitaisempi. Nuorilla lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön on havaittu olevan yleisempää tytöillä kuin pojilla (Ford ym. 2014; Raitasalo ym. 2015). Tetrault ym. (2008) mukaan taas opioidien viimeisen vuoden aikainen väärinkäyttö oli yleisempää miehillä verrattuna naisiin. Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden sekä keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden kohdalla sukupuolten välillä ei ollut eroja. Lisäksi on havaittu, että suurempi osa niistä, joilla esiintyy sekä laittomien huumeiden että lääkkeiden väärinkäyttöä, on miehiä (United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Naisten ja miesten välisten erojen on arvioitu aiheutuvan esimerkiksi erilaisista lääkkeiden määräyskäytännöistä sekä biologisista ja fysiologisista tekijöistä (Simoni-Wastila ym. 2004).

Useissa tutkimuksissa lääkkeiden väärinkäyttö on yhdistetty nuorempaan ikään (Simoni-Wastila ym. 2004; Bali ym. 2013; Kerridge ym. 2015). Iän ja lääkkeiden väärinkäytön yhteydestä on saatu myös päinvastaisia tutkimustuloksia. Novakin ym. (2016a) tutkimuksessa keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden käyttö oli yleisintä 18–29-vuotiaiden keskuudessa, mutta opioidien ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö taas hieman yleisempää 30–49-vuotiailla. Ruotsissa lääkkeiden väärinkäyttö oli todennäköisempää yli 45-vuotiailla kuin tätä nuoremmilla. Esimerkiksi lääkkeiden määräyskäytäntöjen on arvioitu vaikuttavan tutkimustulosten eroihin, iäkkäämmät saattavat raportoida enemmän vaivoja, joihin määrätään väärinkäyttöpotentiaalia omaavia lääkkeitä. (Abrahamsson ja Hakansson 2015.)

Myös siviilisäädyn on havaittu aiemmissa tutkimuksissa olevan yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. Suomessa lääkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa oli enemmän naimattomia tai eronneita verrattuna niihin, jotka eivät olleet käyttäneet lääkkeitä väärin (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Yhdysvalloissa naimattomilla havaittiin olevan suurempi todennäköisyys lääkkeiden väärinkäytölle verrattuna naimisissa oleviin (Bali ym. 2013; Dollar ja Hendrix 2015). Lisäksi tyytymättömyys parisuhteeseen on ollut yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön (Dollar ja Hendrix 2015).

Sosioekonomisilla tekijöillä viitataan asioihin, jotka kuvaavat ihmisen sosiaalista asemaa. Näitä tekijöitä ovat koulutus, ammatti, työllisyys, tulot ja varallisuus, asumistaso sekä sosiaalinen arvostus. (Kauhanen ym. 2013.) Suomessa lääkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa oli enemmän työttömiä ja eläkkeellä olevia sekä vähemmän kokopäivätyössä olevia kuin väestössä, joka ei ollut väärinkäyttänyt lääkkeitä. Koulutuksen suhteen eroja ei havaittu. (Karjalainen ja Hakkarainen 2013.) Norjalaisessa tutkimuksessa todettiin, että korkeampi koulutus ja keski-suuret tai korkeat tulot pienensivät riskiä bentsodiatsepiinien liialliselle käytölle verrattuna matalaan koulutukseen ja mataliin tuloihin. Esimerkiksi sosioekonomisesti stressaavan tilanteen arvioitiin altistavan lääkkeiden liialliselle käytölle. (Fride Tvete ym. 2015.)

Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa lääkkeiden väärinkäyttö on pääosin yhdistetty heikompaan sosioekonomiseen asemaan. Yli 25-vuotiailla työttömillä oli suurempi todennäköisyys sekä opioidien että keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden väärinkäytölle verrattuna kokopäivätyössä oleviin. Toisaalta kokonaan työvoiman ulkopuolella olevilla todennäköisyys opioidien väärinkäytölle oli pienempi. (Perlmutter ym. 2017.) 24–32-vuotiaita koskeneessa tutkimuksessa havaittiin, että niillä, joilla oli terveystakuutus ja jotka eivät olleet kokeneet taloudellisia vaikeuksia, esiintyi vähemmän lääkkeiden väärinkäyttöä. Ne tutkittavat, joiden vanhemmilla oli korkeampi koulutus, raportoivat taas enemmän rauhoittavien ja keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden väärinkäyttöä. Tutkittavan oma koulutus ei ollut yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. (Stewart ja Reed 2015.) Sisätautien poliklinikalla asioineiden keskuudessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että lääkkeiden väärinkäyttäjillä oli ollut useampia työpaikkoja, enemmän pimeitä töitä, vähemmän yhteenlaskettua työhistoriaa sekä he olivat saaneet useammin potkut verrattuna niihin, jotka eivät olleet käyttäneet lääkkeitä väärin (Sansone ym. 2012).

Lääkkeiden väärinkäytön alueellisista eroista on saatu vaihtelevia tutkimustuloksia. Suomalaisessa aikuisväestössä hieman suurempi osa lääkkeiden väärinkäyttäjistä asui kaupungissa verrattuna väestöön, joka ei ollut käyttänyt lääkkeitä väärin (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Myös Yhdysvalloissa tehtyjen tutkimusten mukaan lääkkeiden väärinkäyttö oli todennäköisempää kaupungissa kuin maaseudulla asuvilla (Rigg ja Monnat 2015; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Toisissa yhdysvaltalais tutkimuksissa yhteys asuinpaikkaan on ollut päinvastainen ja lääkkeiden väärinkäytön on havaittu olevan todennäköisempää maaseudulla kuin kaupungissa asuvilla (Havens ym. 2011; Young ym. 2012). Väärinkäyttöön tulevien lääkkeiden hankintatavoissa ei ole havaittu alueellisia eroja (Wang ym. 2014).

2.7 Lääkkeiden väärinkäyttö ja huumeiden käyttö

Lääkkeiden väärinkäytön on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä huumeiden käyttöön. Niistä suomalaisista, jotka olivat joskus elinaikanaan käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen, 44 prosenttia oli joskus kokeillut tai käyttänyt jotakin huumausainetta (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Huumeiden käyttö on lisääntynyt 2000-luvulla merkittävästi enemmän lääkkeiden väärinkäyttäjillä muuhun suomalaiseen väestöön verrattuna (Karjalainen ym. 2017). Euroopassa viimeisen vuoden aikana keskushermostoa stimuloivia lääkkeitä väärinkäyttäneistä noin puolet (52 %) käytti myös huumeita. Vastaavat luvut opioidien ja rauhoittavien lääkkeiden kohdalla olivat 30 ja 28 prosenttia. (Novak ym. 2016a.)

Ruotsissa lääkkeiden väärinkäytön todettiin olevan yhteydessä sekä kannabiksen että muiden laittomien huumeiden käyttöön. Yhteys oli voimakkaampi niillä, jotka käyttivät sekä rauhoittavia lääkkeitä että kipulääkkeitä verrattuna niihin, joilla oli väärinkäyttöä ainoastaan toisen lääkeaineryhmän kohdalla. (Abrahamsson ja Hakansson 2015.) Myös Yhdysvalloissa tehdyissä väestötutkimuksissa huumausaineiden ja lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön välillä on havaittu yhteys (Becker ym. 2007; Arkes ja Iguchi 2008). Lisäksi esimerkiksi kannabiksen (Novak ym. 2016b) ja suonensisäisten huumeiden (Khosla ym. 2011; Horyniak ym. 2015) käyttäjiä koskeneissa tutkimuksissa huumeiden käyttö on ollut yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön.

2.8 Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvät haitat

Lääkkeiden väärinkäytön katsotaan olevan globaali kansanterveyden haaste ja uusimmissa raporteissa erityisesti opioidien väärinkäyttö on nähty ongelmana (United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2017; United Nations Office on Drugs and Crime 2018). Myös Suomessa lääkkeiden päihdekäyttö on arvioitu kasvavaksi ongelmaksi (Lintonen ym. 2012). Lääkkeiden väärinkäytöstä johtuvat haitat koskettavat sekä yksilöitä että yhteiskuntaa.

Ihmiset mieltävät lääkkeiden väärinkäytön usein turvallisemmaksi kuin esimerkiksi huumeiden käytön (United Nations Office on Drugs and Crime 2011). Lääkkeiden väärinkäytöstä voi kuitenkin aiheutua terveysvaikutuksia yksilölle esimerkiksi riippuvuuden sekä vakavien haittavaikutusten tai väärästä annostelureitistä johtuvien haittojen kautta. Erityisesti suun kautta otettavaksi tarkoitettujen

valmisteiden annostelu suoneen voi aiheuttaa vakavia seurauksia, kuten hengityksen lamaantumista. (Hernandez ja Nelson 2010; United Nations Office on Drugs and Crime 2011.) Lisäksi mahdollinen neulojen yhteinen käyttö voi vaikuttaa veriteitse tarttuvien infektioiden leviämiseen (United Nations Office on Drugs and Crime 2011). Toisaalta esimerkiksi huumeisiin verrattuna lääkkeiden tarkempi annostelu voi olla helpompaa, koska lääkkeiden tarkka koostumus on mahdollista tietää. Huumausaineisiin verrattuna lääkkeet ovat myös aineena puhtaampia, joskin markkinoilla voi liikkua myös kopioita lääkkeistä. (Lintonen ym. 2012.) Iäkkään väestön kohdalla muutokset lääkeaineiden metaboliassa ja mahdolliset interaktiot muiden lääkkeiden kanssa voivat lisätä haittavaikutusten merkitystä (United Nations Office on Drugs and Crime 2011).

Lääkkeiden väärinkäyttö on yhdistetty myös kuolemaan johtaneisiin myrkytyksiin (Haukka ym. 2018). Lisäksi lääkkeiden väärinkäytön on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä heikkoon elämänlaatuun (Abrahamsson ym. 2015), mielenterveyden ongelmiin (Martins ja Gorelick 2011; Zullig ja Divin 2012; Ford ja Perna 2015) sekä itsetuhoisiin ajatuksiin (Zullig ja Divin 2012; Ford ja Perna 2015).

Yhteiskunnan näkökulmasta lääkkeiden väärinkäyttö kuormittaa terveydenhuoltojärjestelmää esimerkiksi päivystyskäyntien kautta. Vuonna 2015 Euroopassa noin neljäsosa akuuttisairaaloiden ensiaputilanteista liittyi reseptilääkkeiden tai reseptittä saatavien lääkkeiden väärinkäyttöön. Yleisimpien raportoitujen aineiden joukossa oli bentsodiatsepiineista klonatsepaami ja diatsepaami, opioideista metadoni ja buprenorfiini sekä muista lääkeaineista tsopikloni ja pregabaliini. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2017.) Suomessa päihdehoitoon hakeutuneista asiakkaista lähes puolelle opioidit olivat ensisijainen ongelmapäihde ja yhteensä 77 prosentilla asiakkaista oli opioidien päihdekäyttöä tai opioidiriippuvuus. Opioidien osuus ongelmapäihteenä on lisääntynyt koko 2000-luvun ajan. Hieman yli 40 prosentilla asiakkaista oli uni- ja rauhoittavien lääkkeiden ongelmakäyttöä ja suurin osa käytöstä oli bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä. Myös pregabaliinilla esiintyi päihdekäyttöä. (THL 2017a.) Lääkeriippuvuuden hoitoa pidetään yhtä vaikeana kuin muista päihteistä johtuvien riippuvuuksien hoitoa (Lintonen ym. 2012).

Terveydenhuollolle aiheutuvien seurauksien lisäksi lääkkeiden väärinkäyttö voi aiheuttaa kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi rikollisuuden, kuten varkauksien, väkivallan (NDLERF 2007; United Nations Office on Drugs and Crime 2011), laittoman lääkekaupan tai rattijuopumusten kautta (NDLERF 2007; United Nations Office on Drugs and Crime 2011; Lintonen ja Karjalainen 2015). Viranomaisille väärinkäyttöpotentiaalia omaavien lääkkeiden käytön

kontrollointi asettaa haasteita aineiden laillisuudesta johtuen (Lintonen ym. 2012). Lääkkeiden väärinkäyttäjillä on havaittu myös enemmän työperäisiä poissaoloja (Van Hasselt ym. 2015). Vuonna 2013 opioidien väärinkäytöstä arvioitiin aiheutuneen Yhdysvalloissa 78,5 biljoonan dollarin (noin 67,4 miljoonaa euroa) kustannukset yhteiskunnalle muun muassa terveysvakuutusten, tuottavuuden menetysten, kuolemantapausten, rikosoikeuden ja korvaushoitojen kautta. Terveystalouden arvioitiin kantavan kolmasosan kokonaiskustannuksista. (Florence ym. 2016.)

3 ALKOHOLIN KÄYTTÖ

Alkoholia on käytetty monissa kulttuureissa ympäri maailmaa jo useiden vuosikymmenten ajan (WHO 2014). Alkoholikulttuuri tulee ilmi monella tavalla myös suomalaisessa yhteiskunnassa (Mäkelä ym. 2018). Suomalaisten alkoholin kulutus kasvoi 1960-luvulta lähtien aina 2000-luvun puoliväliin asti, jonka jälkeen kulutus kääntyi laskuun. Kulutuksen muutoksiin ovat vaikuttaneet esimerkiksi Suomen taloudellinen tilanne ja erilaiset politiikkatoimet. (Härkönen ym. 2017.) Suomalaiseen alkoholikulttuuriin liittyy monia eri piirteitä, kuten erilaisia käyttötilanteita tai tunteita (Mäkelä ym. 2018). Alkoholi voidaan mieltää tavalliseksi osaksi arkea, mutta toisaalta sitä pidetään haittana (Härkönen ja Karlsson 2018).

3.1 Alkoholin kulutus

Alkoholin kulutus vaihtelee globaalilla tasolla huomattavasti ja kulutus on korkeinta erityisesti länsimaissa. Vuonna 2010 alkoholin maailmanlaajuinen kokonaiskulutus oli 6,2 litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä henkeä kohti. Se vastaa noin 13,5 grammaa absoluuttista alkoholia päivässä. (WHO 2014.) Euroopassa alkoholia kulutettiin vuonna 2015 10,2 litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti (ECHI 2017). Suomen kulutusluvut ovat hieman Euroopan keskiarvoa korkeammat, vuonna 2016 kokonaiskulutus oli 10,8 litraa 100 % alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä henkeä kohti (THL 2017b).

3.2 Alkoholin ongelmakäyttö

Termit alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholin liikakäyttö viittaavat juomiseen, josta voi aiheutua jokin haitta tai riski yksilölle. Tässä tutkimuksessa termejä alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholin liikakäyttö käytetään toistensa synonyymeinä. Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan usein kolmeen eri luokkaan: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Alkoholin riskikäyttö viittaa kulutukseen, joka nostaa haitallisten seurausten riskiä. Haitalliset seuraukset voivat kohdistua joko itse käyttäjään tai johonkin ulkopuoliseen. (Babor ym. 2001.) Suomessa vähäisen riskin tasona pidetään naisilla 0–1 ja miehillä 0–2 alkoholiannosta päivässä, kohtalaisen riskin tasona naisilla 7 ja miehillä 14 annosta viikossa sekä korkean riskin tasona naisilla 12–16 ja miehillä 23–24 annosta

viikossa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015). Yksi annos sisältää keskimäärin 12 grammaa absoluuttista alkoholia ja vastaa esimerkiksi yhtä pullollista keskiolutta tai lasillista viiniä (Babor ym. 2001; Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015). Alkoholin haitallisesta käytöstä on kyse, kun alkoholista aiheutuu joko fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia haittoja. Alkoholiriippuvuus on tila, jossa juominen on pakonomaista ja hallitsematonta, sitä jatketaan haitoista huolimatta ja juominen priorisoidaan muun toiminnan edelle. Riippuvuuteen kuuluu myös kasvanut toleranssi sekä juomisen lopettamiseen liittyvät vieroitusoireet. (Babor ym. 2001.)

Alkoholin ongelmakäytön tunnistamisen apuna voidaan käyttää AUDIT-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test), jossa kartoitetaan henkilön juomatapoja (Babor ym. 2001). Suomessa ongelmakäytön rajana pidetään AUDIT-kyselyn perusteella naisilla vähintään kuutta ja miehillä vähintään kahdeksaa pistettä. Ongelmakäytön tunnistamisessa voidaan käyttää myös AUDIT-kyselystä johdettua kolmen ensimmäisen kysymyksen sarjaa, AUDIT-C-kyselyä (ks. Liite 1). AUDIT-C-kyselyssä ongelmakäytön rajat ovat yleisimmin naisilla vähintään viisi ja miehillä vähintään kuusi pistettä. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2015.) Tässä tutkimuksessa termi alkoholin riskikulutus viittaa kulutukseen, joka ylittää ongelmakäytön rajat.

Humalahakuisen juomisen tilastot vaihtelevat globaalisti, korkein esiintyvyys on Euroopassa sekä Pohjois- ja Etelä-Amerikoissa. Humalahakuisella juomisella viitataan tässä vähintään kerran kuukaudessa tapahtuvaan juomiseen, jolloin juodaan kerralla vähintään 60 grammaa absoluuttista alkoholia eli noin kuusi annosta. (WHO 2014.) Suomessa humalahakuinen juominen on yleisempää muuhun Eurooppaan verrattuna. Vuonna 2010 Euroopassa 16,5 prosenttia yli 15-vuotiaista joi humalahakuisesti (WHO 2014) ja vuonna 2016 vastaava luku Suomessa oli 21 prosenttia (Härkönen ym. 2017). Noin 30 prosentilla suomalaisista on havaittu alkoholin liiallista käyttöä. Vuonna 2016 24 prosenttia suomalaisista naisista ja 41 prosenttia suomalaisista miehistä käytti alkoholia liikaa. Liiallisen käytön määritelmä täyttyy, jos AUDIT-C pistemäärä on naisilla vähintään 5 ja miehillä vähintään 6 pistettä. (Sotkanet.fi 2018.) 2010-luvulla alkoholin liiallinen käyttö on vähentynyt erityisesti miehillä, mutta naisten kohdalla kulutus on laskenut vain hieman (THL 2017b).

3.3 Alkoholin käytön haitat

Alkoholin kansanterveydelliset vaikutukset ovat merkittävät ja sen liiallisesta käytöstä aiheutuu kustannuksia sekä yksilöille että yhteiskunnalle. Alkoholi voi aiheuttaa yksilölle sekä kroonisia että akuutteja terveyshaittoja, sosiaalisia ongelmia ja riippuvuutta. Alkoholin liiallinen käyttö saattaa aiheuttaa haittoja myös yksilön lähipiirille. (WHO 2014.) Suomalaisen Juomatapatutkimuksen mukaan merkittävimmät alkoholin aiheuttamat koetut haitat olivat terveysongelmat sekä ongelmat kotona tai parisuhteessa. Lisäksi 38 prosentilla suomalaisista oli vähintään yksi läheinen, jolla oli alkoholin käytöstä seuranneita ongelmia. (Härkonen ym. 2017.) Yhteiskunnan kannalta merkittävimmät alkoholihaitat liittyvät väestön alkoholiperäiseen kuolleisuuteen sekä siitä aiheutuviin välittömiin ja välillisiin kustannuksiin. Välittömiä kustannuksia aiheutuu esimerkiksi alkoholisairauksien hoidosta sekä turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidosta ja välillisiä haittoja esimerkiksi menetetyistä työpanoksesta tai työvuosista esimerkiksi poissaolojen tai ennenaikaisen kuoleman takia. Vuonna 2012 maailmalla alkoholiin liittyviä kuolemia oli 46,5 per 100 000 asukasta. (WHO 2014.) Suomessa vastaava luku vuonna 2012 oli 36,2 ja vuonna 2016 31,5 per 100 000 asukasta (Sotkanet.fi 2018). Vuonna 2010 alkoholi aiheutti Suomessa yhteensä 1,3 miljardin euron haittakustannukset (Karlsson ym. 2013). Alkoholi aiheuttaa yhteiskunnan tasolla myös aineettomia kustannuksia kuten elämänlaadun heikkenemistä (WHO 2014).

3.4 Alkoholin käytön yhteys lääkkeiden väärinkäyttöön

Lääkkeiden väärinkäytön ja alkoholin käytön välistä yhteyttä selvittävää tutkimuskirjallisuutta on julkaistu suhteellisen vähän. Pohjoismaisissa väestötutkimuksissa lääkkeiden väärinkäytön on havaittu olevan yhteydessä alkoholin ongelmakäyttöön. Suomalaisilla humalahakuinen juominen oli yleisempää lääkkeiden väärinkäyttäjillä kuin niillä, jotka eivät olleet käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa lääkkeiden väärinkäytön havaittiin olevan todennäköisempää alkoholin ongelmakäyttäjillä verrattuna niihin, joilla ei ollut alkoholin ongelmakäyttöä (Abrahamsson ja Hakansson 2015).

Myös yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. McCaben ym. (2006) mukaan lääkkeiden väärinkäyttö oli todennäköisempää sekä humalahakuisten juojien, alkoholin ongelmakäyttäjien että alkoholiriippuvaisten keskuudessa verrattuna niihin, jotka eivät olleet käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana. Erot olivat selkeämmät 18–24-vuotiailla kuin tätä

vanhemmilla. Myös Simoni-Wastilan ja Stricklerin (2004) tutkimuksessa päivittäisen alkoholin käytön havaittiin olevan yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön yli 12-vuotiaassa väestössä.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla lääkkeiden väärinkäyttöä suomalaisessa aikuisväestössä. Tarkastelun kohteena ovat joskus elämänsä aikana lääkkeitä väärinkäyttäneiden henkilöiden väärinkäyttämät lääkkeet sekä lääkkeiden käyttötarkoitus ja hankintatapa. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on verrata lääkkeiden väärinkäyttäjiä väestöön, joka ei ole koskaan käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen ja selvittää, onko alkoholin käyttö yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Kuinka yleistä lääkkeiden väärinkäyttö on Suomessa?
2. Millaiset ovat lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet: väärinkäytetyt lääkkeet, lääkkeiden käyttötarkoitus ja hankintatavat?
3. Eroavatko lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet naisten ja miesten välillä?
4. Onko alkoholin riskikulutus yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön suomalaisessa aikuisväestössä?

5 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Aineisto

Tutkimuksessa käytettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetutkimus 2014 -väestötutkimuksen aineistoa. Aineisto hankittiin Tietoarkiston Aila-portaalin kautta lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön pro gradu -tutkimusta varten.

Päihdetutkimus tutkii suomalaisten päihteiden käyttöä ja niitä koskevia asenteita. Tutkimus on toteutettu vuodesta 1992 lähtien noin neljän vuoden välein (Karjalainen ym. 2016). Päihdetutkimus 2014-väestökyselyssä kartoitettiin muun muassa vastaajien tupakointia, alkoholin käyttöä, huumeiden käyttöä, lääkkeiden ei-lääkinnällistä käyttöä, dopingaineiden käyttöä, eri aineiden samanaikaista käyttöä, päihteitä koskevia asenteita ja poliittisia mielipiteitä, terveydentilaa sekä liikuntatottumuksia. Myös vastaajien sosiodemografiset taustatekijät selvitettiin.

Päihdetutkimus 2014 -aineisto koostuu 15–69-vuotiaasta suomalaisväestöstä, jotka poimittiin systemaattisella satunnaisotannalla. Otoskoko oli 7000. 15–39-vuotiaista tehtiin yliotanta, jotta huumeiden käytön kannalta aktiivisimmista ryhmistä saataisiin vastauksia kattavasti. Ahvenanmaa, laitoksissa asuvat henkilöt sekä ilman vakituista asuntoa olevat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Tilastokeskus keräsi aineiston postikyselyllä. Kyselyyn oli mahdollista vastata myös internetin kautta henkilökohtaisen tunnuksen ja salasanan avulla. Tutkimukseen vastasi 3485 henkilöä, joten ylipeiton huomioimisen jälkeen vastausosuudeksi muodostui 50 prosenttia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetutkimuksen vastausprosentti on laskenut koko tutkimushistorian ajan, mutta vuoden 2014 prosentti nousi hieman verrattuna vuoteen 2010 (Karjalainen ym. 2016). Kymmenelle prosentille kyselyyn vastaamatta jättäneistä (n=353) toteutettiin lyhyt puhelinhaastattelu, jossa selvitettiin vastaamattomuuden syitä sekä huumeiden ja alkoholin käyttöä.

5.2 Muuttujat

5.2.1 Lääkkeiden väärinkäyttö

Vastaajien lääkkeiden ei-lääkinnällistä käyttöä kartoitettiin kyselylomakkeessa (ks. Liite 2) kysymällä, ovatko he kokeilleet tai käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen (1) joskus, (2) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana tai (3) viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”En”. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikaisen käytön säännöllisyyttä mitattiin lisäksi kysymällä ”Kuinka usein viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) Päivittäin, 2) Vähintään kerran viikossa, 3) 1–3 kertaa kuukaudessa, 4) 3–10 kertaa vuodessa, 5) 1–2 kertaa vuodessa. Lääkkeiden väärinkäyttöä kuvaavaksi muuttujaksi valittiin lääkkeiden väärinkäytön elinikäisprevalenssi eli lääkkeiden väärinkäyttäjiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka olivat joskus kokeilleet tai käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Vertailuryhmäksi muodostui ne vastaajat, jotka eivät olleet koskaan kokeilleet tai käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Tämänkaltaisen rajauksen seurauksena tutkimusjoukkoon päätyy todennäköisesti myös kokeilijoita tai satunnaisia käyttäjiä kun taas esimerkiksi viimeisen 12 kuukauden aikana tapahtunut käyttö voi kuvata paremmin säännöllistä väärinkäyttöä. Otoksen edustavuuden parantamiseksi sekä tilastollisten analyysien luotettavuuden vahvistamiseksi rajausta päädyttiin tekemään joskus elämän aikana tapahtuneeseen käyttöön (Nummenmaa 2009).

Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteiden kuvailuun valittiin muuttujat, jotka kartoittivat väärinkäytettyjä lääkeaineryhmiä, lääkkeiden käyttötarkoitusta sekä lääkkeiden hankintatapaa. Väärinkäytettyjä lääkeaineryhmiä kysyttiin kyselylomakkeessa seuraavalla kysymyksellä ”Oletko joskus käyttänyt ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen:” Vastaajien oli mahdollista valita yksi tai useampi seuraavista vaihtoehdoista: a) rauhoittavia lääkkeitä tai unilääkkeitä (esim. bentsodiatsepiineja kuten Diapam, Oxepam, Tenox, Xanor, Temesta, Stilnoct, Dormicum), b) vahvoja kipua lievittäviä lääkkeitä (esim. Tramadol, Panacod, Oxynorm), c) Lyrica tai muuta pregabaliinia, d) muita lääkkeitä, mitä. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”En”.

Väärinkäytettyjen lääkkeiden käyttötarkoitusta kartoitettiin kysymällä ”Oletko käyttänyt edellä mainittuja lääkkeitä:”. Vastaajien oli mahdollista valita yksi tai useampi seuraavista vaihtoehdoista: a) päihtyäksesi, b) vahvistaaksesi muiden päihteiden vaikutuksia, c) lääkitäksesi muiden päihteiden aiheuttamia seurauksia (esim. huono olo, vieroitusoireet, univaikeudet), d) hallitaksesi työstä,

opiskelusta tms. aiheutuvaa stressiä, e) kestääkseen arkea ja parantaakseen oloasi, f) parantaakseen työ- tai opiskelusuoritustasi, g) helpottaakseen sosiaalista vuorovaikutusta, h) hoitaakseen omaehtoisesti kipua tai muuta vaivaa, i) hoitaakseen unettomuutta, j) tehostaakseen vaikutusta, koska lääkärin määräämä annos ei tunnu riittävältä, k) pelkästään kokeillaksesi, l) muuhun tarkoitukseen, mihin. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”En”.

Väärinkäytettyjen lääkkeiden hankintatapa selvitettiin kysymällä ”Millä tavoin olet saanut tai hankkinut ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen käyttämäsi lääkkeet?”. Vastaajien oli mahdollista valita yksi tai useampi seuraavista vaihtoehdoista: a) Apteekista henkilökohtaisella reseptillä, b) Apteekista väärennetyllä reseptillä, c) Puolisolta, ystävältä tai muulta läheiseltä, d) Ostamalla katukaupasta, e) Tuomalla ulkomailta, f) Tilaamalla internetistä, g) Varastamalla apteekista tai muusta paikasta, h) Muualta, mistä. Vastausvaihtoehdot olivat ”Kyllä” tai ”En”.

5.2.2 Alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholin ongelmakäytön selvittämiseen valittiin kolme kyselylomakkeen kysymystä. Kysymysten vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen vastaamaan AUDIT-C-kyselyn vastausvaihtoehtoja (ks. Liite 1). Juomisen useutta kuvasi kyselylomakkeessa kysymys ”Kuinka usein juot alkoholijuomia?”, jonka vastausvaihtoehdot olivat: 1) Päivittäin tai lähes päivittäin, 2) 4–5 kertaa viikossa, 3) 2–3 kertaa viikossa, 4) Kerran viikossa, 5) 2–3 kertaa kuukaudessa, 6) Noin kerran kuukaudessa, 7) Muutaman kerran vuodessa, 8) 1–2 kertaa vuodessa, 9) Harvemmin kuin kerran vuodessa. Uudet juomisen useuden AUDIT-C-kyselyn kanssa yhdenmukaistetut luokitukset olivat: ei koskaan (0 pistettä), noin kerran kuussa tai harvemmin (1 piste), 2–4 kertaa kuussa (2 pistettä), 2–3 kertaa viikossa (3 pistettä) ja 4 kertaa viikossa tai useammin (4 pistettä).

Juomisen määrää kartoitettiin kyselylomakkeessa kysymyksellä ”Kuinka monta annosta alkoholia tavallisesti juot niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) 1–2 annosta, 2) 3–4 annosta, 3) 5–6 annosta, 4) 7–9 annosta, 5) 10–13 annosta, 6) 14 annosta tai enemmän. Uudet juomisen määrän AUDIT-C-kyselyn kanssa yhdenmukaistetut luokitukset olivat: 1–2 annosta (0 pistettä), 3–4 annosta (1 piste), 5–6 annosta (2 pistettä), 7–9 annosta (3 pistettä) ja 10 tai enemmän (4 pistettä).

Juomisen humalahakuisuutta kuvasi kysymys ”Kuinka usein juot kerralla... jos olet nainen: neljä annosta tai enemmän? jos olet mies: kuusi annosta tai enemmän?”, jossa vastausvaihtoehdot olivat: 1) Vähintään 4 kertaa viikossa, 2) 2–3 kertaa viikossa, 3) Noin kerran viikossa, 4) 1–3 kertaa kuukaudessa, 5) 3–10 kertaa vuodessa, 6) 1–2 kertaa vuodessa, 7) Harvemmin tai en koskaan. Uudet juomisen humalahakuisuutta kuvaavan muuttujan AUDIT-C-kyselyn kanssa yhdenmukaistetut luokat olivat: en koskaan (0 pistettä), harvemmin kuin kerran kuussa (1 piste), kerran kuussa (2 pistettä), kerran viikossa (3 pistettä) ja päivittäin tai lähes päivittäin (4 pistettä).

Näiden uusien AUDIT-C-kyselyn kanssa yhdenmukaistettujen muuttujien perusteella muodostettiin AUDIT-C-summamuuttuja, jossa laskettiin yhteen AUDIT-C-kyselyn pistemäärä. Vaihteluväli oli 0–12 pistettä. Summamuuttujan perusteella muodostettiin edelleen kaksiluokkainen alkoholin riskikulutus -muuttuja. Naisten riskikulutuksen alaraja oli 5 pistettä ja miesten 6 pistettä. Muuttujan vastausvaihtoehdoiksi muodostui ”Kyllä” ja ”Ei”.

5.2.3 Taustatekijät

Lääkkeiden väärinkäyttäjien ja vertailuryhmän sosiodemografisina taustatekijöinä tarkasteltiin sukupuolta, ikää, asuinpaikkaa, siviilisäätystä, koulutusta ja toimea. Sukupuolta tiedusteltiin tutkimuslomakkeessa kysymällä ”Mikä on sukupuolesi?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) Mies, 2) Nainen.

Ikää kysyttiin kyselylomakkeessa kysymällä ”Minä vuonna olet syntynyt? 19__.” Aineistossa ikä oli jatkuvana muuttujana, joka oli muodostettu vähentämällä syntymävuosi tutkimusvuodesta. Ikää tarkasteltiin analyyseissa sekä jatkuvana muuttujana että 10-vuotis ikäryhmiin uudelleenluokiteltuna muuttujana, jonka luokat olivat ”15–24 vuotta”, ”25–34 vuotta”, ”35–44 vuotta”, ”45–54 vuotta” ja ”55–69 vuotta”.

Vastaajien asuinpaikkaa kysyttiin seuraavasti: ”Mikä on pääasiallinen asuinpaikkasi?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) Pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen), 2) Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki, 3) 50 000–100 000 asukkaan kaupunki, 4) Pienempi kaupunki, 5) Maaseudun asutuskeskus tai taajama, 6) Muu maaseutu. Asuinpaikka luokiteltiin uudelleen kolmiluokkaiseksi muuttujaksi niin, että uudet vastausvaihtoehdot olivat: ”pääkaupunkiseutu tai muu yli 100 000 asukkaan kaupunki” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 1 ja 2), ”alle 100 000

asukkaan kaupunki” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 3 ja 4) sekä ”maaseudun asutuskeskus, taajama tai muu maaseutu” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 5 ja 6).

Vastaajien siviilisäätty selvitettiin kyselylomakkeessa kysymällä ”Mitkä ovat perhesuhteesi? Oletko?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) naimaton, 2) avoliitossa, 3) naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, 4) eronnut tai asumuserossa, 5) leski. Siviilisäädystä muodostettiin uusi neliluokkainen muuttuja, jonka vastausvaihtoehdot olivat: ”naimaton” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 1), ”avoliitossa” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 2), ”naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 3) ja ”eronnut, asumuserossa tai leski” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 4 ja 5).

Koulutuksen tarkastelua varten luotiin uusi muuttuja kahden eri kyselylomakkeen kysymyksen pohjalta. Kysymykset ja niiden vastausvaihtoehdot ”Mikä on peruskoulutuksesi? 1) Osa kansa- tai peruskoulua tai vähemmän, 2) Kansakoulu tai kansalaiskoulu, 3) Peruskoulu tai keskikoulu, 4) Ylioppilastutkinto” sekä ”Mikä on ammattikoulutuksesi? 1) Ammattikoulu, 2) Ammatillinen opisto, 3) Ammattikorkeakoulu tai muu alempi korkeakoulututkinto, 4) Ylempi korkeakoulututkinto, 5) Ei mikään näistä” yhdistettiin yhdeksi koulutus-muuttujaksi, jonka vastausvaihtoehdoiksi muodostui kolme luokkaa: ”kansa- tai peruskoulu” (alkuperäisissä muuttujissa osa kansa- tai peruskoulua tai vähemmän, kansa- tai kansalaiskoulu, perus- tai keskikoulu), ”toisen asteen tutkinto” (alkuperäisissä muuttujissa ylioppilastutkinto, ammattitutkinto tai ammatillinen opisto) sekä ”korkeakoulututkinto” (alkuperäisissä muuttujissa ammattikorkeakoulu, alempi tai ylempi korkeakoulututkinto).

Toimea kysyttiin kyselylomakkeessa seuraavalla kysymyksellä: ”Oletko nykyisin?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) palkansaaja, kokopäivätyössä, 2) palkansaaja, osapäivätyössä, 3) maatalousyrittäjä tai työssä perheen maatilalla, 4) muu yrittäjä, 5) työtön tai lomautettu, 6) eläkkeellä, 7) opiskelija, 8) vanhempainlomalla, hoitovapaalla, 9) hoidat kotia, 10) muu vaihtoehto, mikä. Toimesta muodostettiin uusi viisiluokkainen muuttuja, jonka vastausvaihtoehdot olivat: ”palkansaaja tai yrittäjä” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 1–4), ”työtön tai lomautettu” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 5), ”eläkkeellä” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 6), ”opiskelija” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehto 7) sekä ”vanhempain- tai hoitovapaalla, hoitaa kotia tai muu” (alkuperäisessä muuttujassa vaihtoehdot 8–10).

Lääkkeiden väärinkäyttäjien ja vertailuryhmän taustatekijöinä tarkasteltiin myös huumeiden käyttöä. Käytön indikaattoriksi valittiin elinikäisprevalenssi, jota kartoitettiin kyselylomakkeessa kysymällä ”Oletko joskus kokeillut tai käyttänyt jotain huumausainetta (kuten hasista, marihuanaa, amfetamiinia, heroiinia tai muita vastaavia aineita)?”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) Kyllä ja 2) En.

5.2.4 Muut muuttujat

Kaikkien analyysien teossa käytettiin aineiston valmista analyysipainomuuttujaa. Analyysipainomuuttujan painokerroin luotiin kalibrointimenetelmällä. Muuttuja muodostettiin kuntaryhmituksen, iän, sukupuolen ja koulutusasteen mukaan. Analyysipainomuuttuja on skaalattu otostasolle. (Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto 2018.)

5.3 Tilastolliset menetelmät

Aineiston analysointiin käytettiin SPSS®-ohjelmistoa (IBM®, versio 25.0). Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p < 0,05$. Kaikkien analyysien teossa käytettiin analyysipainokerrointa. Painotuksen tarkoituksena oli saada vastaukset vastaamaan koko väestön sukupuoli-, ikä- ja aluejakaumia. Kaikki tämän tutkimuksen tuloksissa esitetyt prosenttiosuudet ovat painotettuja kun taas otoskokojen absoluuttiset numerot ovat painottamattomia.

Tutkimusväestön taustatietojen kuvailuun käytettiin frekvenssijakaumia ja keskilukuja. Lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön ominaispiirteitä tarkasteltiin frekvenssijakaumien ja ristiintaulukoiden avulla. Tarkastelut tehtiin sekä koko väärinkäyttäjryhmässä että erikseen miesten ja naisten kohdalla. Miesten ja naisten välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö -testillä. Testin oletuksena on, että korkeintaan 20 prosentissa taulukon soluista frekvenssit ovat alle viisi ja pienin oletettu frekvenssi on vähintään yksi (KvantiMOTV 2014). Jos testin oletukset eivät olleet voimassa, tilastolliseen testaamiseen käytettiin Fisherin testiä.

Alkoholin käytön sekä lääkkeiden väärinkäytön eroja lääkkeiden väärinkäyttäjien ja vertailuryhmän välillä tarkasteltiin aluksi ristiintaulukoiden ja ryhmämediaanien avulla. Eroja tarkasteltiin myös sosiodemografisten taustatekijöiden ja huumeiden käytön suhteen. Ristiintaulukoinnin tilastollista merkitsevyyttä testattiin Khiin neliö -testillä.

Lääkkeiden väärinkäytön yhteyttä alkoholin käyttöön analysoitiin edelleen myös logistisen regression avulla. Logistisen regression avulla pyritään ennustamaan todennäköisyyksiä. Menetelmässä selittävien muuttujien avulla pyritään ennustamaan vaihtelua selitettävässä muuttujassa ja kertomaan kuinka suurta tämä vaihtelu on. (Nummenmaa 2009.) Selitettävässä muuttujassa referenssikategoriana oli lääkkeiden väärinkäyttäjät ja vertailuryhmänä väestö, joka ei ollut käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Selittävä muuttuja oli alkoholin riskikulutus. Aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella valittiin mahdolliset sekoittavat tekijät, joita olivat sukupuoli, ikä, asuinpaikka, siviilisääty, koulutus, toimi ja huumeiden käyttö. Vaikutusta arvioitiin ensin vakioimattomana eli jokainen muuttuja oli mallissa yksitellen. Seuraavaksi vaikutusta arvioitiin mahdollisten sekoittavien tekijöiden suhteen vakioituna. Ensimmäin muodostettiin monimuuttujamalli, johon lisättiin selittävinä tekijöinä samaan aikaan alkoholin riskikulutus, sukupuoli, ikä, asuinpaikka, siviilisääty, koulutus ja toimi. Kolmanteen malliin lisättiin edellisten lisäksi myös huumeiden käyttö. Logistiset mallit tehtiin yhteiseksi koko tutkimusväestölle, koska interaktiotermi ei tukenut ositusta naisiin ja miehiin ($p=0,415$). Logistisen regressioanalyysin tulokset raportoitiin ristitulosuhteen (OR) ja sen 95 %:n luottamusvälin (95 %:n lv) sekä p-arvon avulla.

Sosiodemografisia taustatekijöitä, alkoholin ja huumeiden käyttöä sekä lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyyttä kuvailevien muuttujien kohdalla puuttuvaa tietoa oli varsin vähän, 0,0–3,4 prosenttia muuttujasta riippuen. Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä kuvaavissa muuttujissa puuttuvaa tietoa oli 2,6–9,0 prosenttia, joskin muu-vaihtoehtojen kohdalla puuttuvan tiedon määrä oli 26,3–35,6 prosenttia.

6 TULOKSET

6.1 Tutkimusväestön taustatiedot

Tutkimusväestö koostui 15–69-vuotiaista suomalaisista (n=3485). Vastaajista naisia oli 49,9 prosenttia ja miehiä 50,1 prosenttia. Heidän keskimääräinen ikänsä oli 43,0 vuotta (sd 0,274). 41,5 prosenttia vastaajista oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Viidennes vastaajista oli avoliitossa (19,9 %) ja reilu neljäsosa naimattomia (28,2 %). 10,4 prosenttia vastaajista oli joko eronneita, asumuserossa tai leskiä. 19,7 prosentilla vastaajista oli korkeintaan perusasteen tutkinto. Vajaalla puolella vastaajista oli toisen asteen tutkinto (49,0 %) ja noin kolmanneksella korkea-asteen tutkinto (31,3 %).

6.2 Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet

Viisi prosenttia vastaajista (n=191) oli käyttänyt lääkkeitä joskus ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Naisista neljä prosenttia ja miehistä kuusi prosenttia raportoi käyttäneensä lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Viimeisen 12 kuukauden aikana lääkkeitä väärinkäyttäneitä oli kaksi prosenttia (n=58) ja heistä suurin osa (65 %) oli käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen harvemmin kuin kuukausittain. Yhdellä prosentilla vastaajista (n=20) oli ollut käyttöä viimeisen 30 päivän aikana.

Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet olivat merkittävin väärinkäytetty lääkeaineryhmä (Taulukko 3). Joskus elämänsä aikana lääkkeitä väärinkäyttäneistä 63 prosenttia oli käyttänyt niitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Yli puolet lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli käyttänyt vahvoja kipua lievittäviä lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Naisilla yleisin raportoitu väärinkäytetty lääkeaineryhmä oli vahvat kipua lievittävät lääkkeet ja miehillä rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet. Miesten keskuudessa rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttäjiä oli enemmän kuin naisten keskuudessa. Noin viidesosa lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli käyttänyt pregabaliinia ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Käyttö oli yleisempää miehillä verrattuna naisiin. Neljäsosa lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli raportoinut käyttäneensä muita lääkkeitä. Muina lääkkeinä oli mainittu esimerkiksi mietoja kipulääkkeitä, psykoosilääkkeitä ja keskushermostoa stimuloivia lääkkeitä.

Yleisimmät raportoidut lääkkeiden käyttötarkoitukset olivat päihtyminen, kokeilunhalu sekä omaehtoinen kivun tai muun vaivan hoito (Taulukko 3). Muita yleisiä käyttötarkoituksia olivat arjen kestäminen, unettomuuden hoitaminen ja muiden päihteiden vaikutuksen vahvistaminen. Käyttötarkoituksissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja naisten ja miesten välillä.

Väärinkäyttöön tulleet lääkkeet oli hankittu tavallisimmin puolisolta, ystävältä tai muulta läheiseltä (Taulukko 3). Naisista lähes 80 prosenttia oli maininnut yhdeksi hankintatavaksi puolison, ystävän tai muun läheisen ja miehistä noin 60 prosenttia. Puolet lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli hankkinut lääkkeitä apteekista henkilökohtaisella reseptillä. Viidesosa lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli ostanut lääkkeitä katukaupasta ja tämä oli yleisempää miehillä naisiin verrattuna.

Taulukko 3. Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet lääkkeiden väärinkäyttäjillä (n=191), raportoidut prosenttiosuudet.

	Lääkkeiden väärinkäyttäjät			p-arvo
	%			
	kaikki (n=191)	miehet (n=103)	naiset (n=88)	
Väärinkäytetyt lääkkeet*				
Rauhoittavat lääkkeet tai unilääkkeet	63,2	69,4	53,4	0,029
Vahvat kipua lievittävät lääkkeet	57,2	57,3	56,3	0,902
Lyrica tai muu pregabaliini	19,1	24,5	11,3	0,030
Muut lääkkeet	25,5	21,5	31,0	0,207
Lääkkeiden käyttötarkoitus*				
Päihtyminen	54,2	54,3	54,9	0,933
Muiden päihteiden vahvistaminen	38,4	34,6	43,7	0,227
Muiden päihteiden aiheuttamien seurausten lääkitseminen	28,1	30,2	25,4	0,484
Stressin hallinta	27,8	28,8	26,8	0,763
Arjen kestäminen ja olon parantaminen	39,5	36,2	45,1	0,238
Työ- tai opiskelusuorituksen parantaminen	14,4	17,3	9,9	0,167
Sosiaalisen vuorovaikutuksen helpottaminen	22,4	26,0	16,9	0,157
Omatoiminen kivun tai muun vaivan hoito	44,2	41,3	48,6	0,347
Unettomuuden hoitaminen	38,9	34,6	45,1	0,160
Vaikutuksen tehostaminen, lääkärin määräämä annos ei riittävä	24,9	21,6	30,0	0,210
Kokeileminen	52,2	52,9	51,4	0,840
Muu	5,6	3,0	9,3	0,241
Lääkkeiden hankintatapa*				
Apteekista henkilökohtaisella reseptillä	48,4	47,1	49,3	0,777
Apteekista väärennetyllä reseptillä	2,6	3,0	1,4	0,644
Puolisolta, ystävältä tai muulta läheiseltä	67,9	60,2	78,7	0,009
Ostamalla katukaupasta	21,2	27,5	12,7	0,020
Tuomalla ulkomailta	3,6	3,0	4,3	0,689
Tilaamalla internetistä	3,3	4,0	2,9	1,000
Varastamalla	1,1	1,0	1,4	1,000
Muualta	6,4	4,5	8,9	0,468

*vastaaja on voinut raportoida useamman vastausvaihtoehdon

6.3 Alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön yhteys

Lääkkeitä väärinkäyttäneiden keskimääräinen AUDIT-C-pistemäärä oli 5 kun taas vertailuryhmässä vastaava luku oli 4. Sukupuolittaisissa vertailuissa naisten keskimääräinen pistemäärä oli lääkkeitä väärinkäyttäneillä 4 ja vertailuryhmässä 3 pistettä sekä miesten pistemäärä lääkkeitä väärinkäyttäneillä 6 ja vertailuryhmässä 4 pistettä. Yli puolet lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli

alkoholin riskikuluttajia ja vertailuryhmässä heitä oli noin kolmannes vastaajista (Taulukko 4). Sukupuolittaisissa vertailuissa lääkkeitä väärinkäyttäneistä naisista vajaa puolet (47,3 %) oli alkoholin riskikuluttajia ja vertailuryhmässä riskikuluttajia oli noin neljännes vastaajista (26,1 %) ($p<0,001$). Läkkeitä väärinkäyttäneistä miehistä yli puolet (53,7 %) oli alkoholin riskikuluttajia kun taas vertailuryhmässä riskikuluttajia oli reilu kolmannes vastaajista (36,4 %) ($p<0,001$).

Läkkeiden väärinkäyttäjien ja vertailuryhmän eroja tarkasteltiin myös sosiodemografisten taustatekijöiden ja huumeiden käytön suhteen (Taulukko 4). Läkkeiden väärinkäyttäjistä enemmistö oli miehiä kun taas vertailuryhmässä oli yhtä paljon naisia ja miehiä. Läkkeitä väärinkäyttäneiden keskimääräinen ikä oli 30 vuotta ja vertailuryhmän 45 vuotta. Läkkeiden väärinkäyttäjistä hieman yli puolet asui joko pääkaupunkiseudulla tai muussa yli 100 000 asukkaan kaupungissa. Maaseudulla asui 14 prosenttia läkkeiden väärinkäyttäjistä. Vertailuryhmässä pienempi osa asui suurissa kaupungeissa ja suurempi osa maaseudulla verrattuna läkkeiden väärinkäyttäjiiin. Läkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa oli enemmän naimattomia ja avoliitossa olevia verrattuna vertailuryhmään. Lisäksi läkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa oli enemmän ainoastaan peruskoulun käyneitä ja vähemmän korkeakoulutettuja kuin vertailuryhmässä. Läkkeiden väärinkäyttäjistä vajaa puolet oli palkansaajia tai yrittäjiä ja vertailuryhmässä heitä oli yli puolet vastaajista. Lisäksi läkkeiden väärinkäyttäjien keskuudessa oli enemmän työttömiä tai lomautettuja sekä opiskelijoita kuin vertailuryhmässä. Suurin osa (75,4 %) läkkeiden väärinkäyttäjistä oli kokeillut tai käyttänyt jotain huumausainetta. Vertailuryhmässä heitä oli kuudennes (16,9 %) vastaajista.

Taulukko 4. Alkoholin riskikulutuksen, sosiodemografisten taustatekijöiden sekä huumeiden käytön jakaumat lääkkeiden väärinkäyttäjillä (n=191) ja niillä, jotka eivät olleet käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen (n=3278).

	Lääkkeiden väärinkäyttäjät (n=191) %	Vertailu- ryhmä (n=3278) %	p-arvo
Alkoholin riskikulutus			
Kyllä	51,1	31,3	<0,001
Ei	48,9	68,7	
Sukupuoli			
Mies	59,7	49,5	0,007
Nainen	40,3	50,5	
Ikä			
15–24	26,5	16,3	<0,001
25–34	36,2	16,7	
35–44	20,0	16,6	
45–54	9,7	20,2	
55–69	7,6	30,2	
Asuinpaikka			
Pääkaupunkiseutu tai yli 100 000 asukkaan kaupunki	51,6	38,3	<0,001
Alle 100 000 asukkaan kaupunki	34,8	37,9	
Maaseutu	13,6	23,9	
Siviilisääty			
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	22,2	42,7	<0,001
Avoliitossa	29,2	19,5	
Naimaton	38,4	27,6	
Eronnut, asumuserossa tai leski	10,3	10,3	
Koulutus			
Kansa- tai peruskoulu	28,3	19,1	0,002
Toisen asteen tutkinto	48,9	49,0	
Korkeakoulututkinto	22,8	31,9	
Toimi			
Palkansaaja tai yrittäjä	47,8	54,2	<0,001
Työtön tai lomautettu	14,7	7,3	
Eläkkeellä	9,2	18,0	
Opiskelija	21,7	15,7	
Vanhempain- tai hoitovapaalla, hoitaa kotia, muu	6,5	4,8	
Huumeiden käyttö tai kokeilu			
Kyllä	75,4	16,9	<0,001
Ei	24,6	83,1	

Alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön yhteyttä analysoitiin edelleen logistisen regression avulla. Tarkasteltaessa ainoastaan alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön yhteyttä, havaittiin, että alkoholin riskikulutus oli yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön (OR = 2,30; lv 1,71–3,11) (Taulukko 5). Sosiodemografisilla tekijöillä vakiointi muutti ristitulosuhdetta hieman (OR = 2,02; lv 1,46–2,79), mutta yhteys pysyi edelleen tilastollisesti merkitsevä. Kun malliin lisättiin huumeiden käyttö, alkoholin riskikulutuksen itsenäinen vaikutus hävisi (OR = 1,10; lv 0,77–1,58).

Tarkasteltaessa muita tekijöitä vakioidussa mallissa, jossa olivat kaikki sekoittavat tekijät (malli 3, Taulukko 5), havaittiin, että nuorempi ikä oli yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. Lääkkeiden väärinkäyttö oli todennäköisintä 25–34-vuotiaiden ikäluokassa, kun vertailuryhmänä oli 55–69-vuotiaat. Myös matalampi koulutusaste oli yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. Korkeakoulutettuihin verrattuna sekä kansa- tai peruskoulun käyneillä että toisen asteen tutkinnon suorittaneilla oli suurempi todennäköisyys lääkkeiden väärinkäytölle. Lisäksi huumeiden kokeilu tai käyttö oli todennäköisempää lääkkeiden väärinkäyttäjillä. Toimen kohdalla eläkkeellä olo oli yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön verrattuna palkansaajiin. Sukupuoli, asuinpaikka ja siviilisääty eivät olleet itsenäisessä yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön.

Taulukko 5. Ristitulosuhteet (OR) lääkkeiden väärinkäytölle alkoholin riskikulutuksen, sosiodemografisten tekijöiden ja huumeiden käytön suhteen

	Malli 1: vakioimaton			Malli 2: vakioitu			Malli 3: vakioitu		
	OR	95% lv	p-arvo	OR	95% lv	p-arvo	OR	95% lv	p-arvo
Alkoholin riskikulutus									
Kyllä	2,30	1,71–3,11	<0,001	2,02	1,46–2,79	<0,001	1,10	0,77–1,58	0,589
Ei (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Sukupuoli									
Mies	1,52	1,12–2,05	0,007	1,33	0,96–1,84	0,089	1,02	0,72–1,45	0,905
Nainen (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Ikä									
15–24	6,57	3,59–12,02	<0,001	13,58	5,09–36,25	<0,001	8,17	2,92–22,84	<0,001
25–34	8,74	4,86–15,70	<0,001	20,91	8,70–50,28	<0,001	9,76	3,85–24,75	<0,001
35–44	4,81	2,57–8,99	<0,001	12,26	5,10–29,51	<0,001	7,42	2,92–18,83	<0,001
45–54	1,98	0,98–4,00	0,057	4,10	1,65–10,19	0,002	3,32	1,28–8,60	0,014
55–69 (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Asuinpaikka									
Pääkaupunkiseutu tai yli 100 000 asukkaan kaupunki	2,32	1,49–3,63	<0,001	2,03	1,25–3,29	0,004	1,32	0,80–2,20	0,282
Alle 100 000 asukkaan kaupunki	1,59	0,99–2,53	0,054	1,37	0,83–2,26	0,217	1,09	0,64–1,85	0,760
Maaseutu (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Siviilisääty									
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Avoliitossa	2,88	1,90–4,37	<0,001	1,78	1,13–2,81	0,013	1,40	0,86–2,28	0,173
Naimaton	2,69	1,82–3,99	<0,001	1,16	0,71–1,89	0,560	1,18	0,72–1,95	0,515
Eronnut, asumuserossa tai leski	1,97	1,13–3,43	0,016	2,27	1,21–4,24	0,010	1,28	0,65–2,52	0,482
Koulutus									
Kansa- tai peruskoulu	2,08	1,37–3,16	0,001	3,40	2,07–5,57	<0,001	4,14	2,43–7,04	<0,001
Toisen asteen tutkinto	1,39	0,96–2,03	0,082	1,69	1,12–2,55	0,012	2,00	1,30–3,07	0,002
Korkeakoulututkinto (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Toimi									
Palkansaaaja tai yrittäjä (vertailuryhmä)	1,00			1,00			1,00		
Työtön tai lomautettu	2,29	1,46–3,59	<0,001	2,11	1,30–3,44	0,003	1,47	0,87–2,48	0,147
Eläkkeellä	0,57	0,33–0,97	0,037	2,53	1,14–5,61	0,022	2,63	1,13–6,12	0,025
Opiskelija	1,59	1,08–2,33	0,019	0,87	0,51–1,48	0,612	0,85	0,49–1,46	0,550
Vanhempain- tai hoitovapaalla, hoitaa kotia, muu	1,58	0,86–2,93	0,143	1,40	0,73–2,71	0,314	0,95	0,48–1,91	0,895
Huumeiden käyttö tai kokeilu									
Kyllä	15,19	10,71–21,54	<0,001				12,00	7,96–18,07	<0,001
Ei (vertailuryhmä)	1,00						1,00		

*lv=luottamusväli

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä suomalaisessa aikuisväestössä sekä selvittää, onko alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön välillä yhteyttä. Viisi prosenttia suomalaisesta väestöstä oli joskus elämänsä aikana käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Viimeisen vuoden aikana lääkkeitä väärinkäyttäneitä oli kaksi prosenttia suomalaisista ja viimeisen 30 päivän aikana käyttäneitä yksi prosentti. Yleisimmät väärinkäytetyt lääkeaineryhmät olivat rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet sekä vahvat kipua lievittävät lääkkeet. Tavallisimmat raportoidut lääkkeiden käyttötarkoitukset olivat päihtyminen, kokeileminen sekä omatoiminen kivun tai muun vaivan hoito. Väärinkäyttöön tulleet lääkkeet oli hankittu tyypillisimmin puolisolta, ystävältä tai muun läheisen kautta tai apteekista henkilökohtaisella reseptillä. Lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteet eivät eronneet juurikaan naisten ja miesten välillä. Alkoholin riskikulutus oli yhteydessä suurempaan lääkkeiden väärinkäytön todennäköisyyteen verrattuna niihin, joilla ei ollut alkoholin riskikulutusta. Tämä tulos saatiin, kun vaikutusta tarkasteltiin vakioimattomassa mallissa sekä vakioituna sukupuolen, iän, asuinpaikan, siviilisäädyn, koulutuksen ja toimen suhteen. Alkoholin riskikulutuksen itsenäinen yhteys kuitenkin hävisi, kun sosiodemografisten tekijöiden lisäksi otettiin huomioon huumeiden käyttö.

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteistä sekä esiintyvyyden, käytetyn lääkeaineryhmän, lääkkeiden käyttötarkoituksen että lääkkeiden hankintatavan kohdalla ovat samansuuntaisia kuin aiemman tutkimuskirjallisuuden tulokset. Naisten ja miesten välisiä lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteiden eroja vertailevaa tutkimuskirjallisuutta ei kuitenkaan juuri ole. Tämä voi antaa viitteitä siitä, että merkittäviä eroja ei ole havaittu kansainvälisissäkään tutkimuksissa aineistoja analysoitaessa.

Viiden prosentin esiintyvyys tarkoittaa, että vuonna 2014 vajaa 195 000 suomalaista oli joskus käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Viimeisen vuoden aikana käyttäneitä oli noin 77 000 ja viimeisen kuukauden aikana käyttäneitä noin 39 000 suomalaista. Vaikka kaikki lääkkeiden ei-lääkinnällinen käyttö ei välttämättä ole ongelmakäyttöä vaan esimerkiksi satunnaista

kokeilua, asia koskettaa laajaa väestönosaa ja on merkittävä ilmiö myös Suomessa. Lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyydestä ei ole saatavilla täysin systemaattista vertailutietoa, mutta verrattuna esimerkiksi muuhun Eurooppaan ja Yhdysvaltoihin, lääkkeiden väärinkäyttö näyttää olevan hieman harvinaisempaa Suomessa (Abrahamsson ja Hakansson 2015; Novak ym. 2016a; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017).

Tässä tutkimuksessa yksi yleisimmin väärinkäytetty lääkeaineryhmä oli vahvat kipua lievittävät lääkkeet, yli puolet lääkkeiden väärinkäyttäjistä oli raportoinut niiden ei-lääkinnällisestä käytöstä. Myös muissa eurooppalaisissa (Abrahamsson ja Hakansson 2015; Novak ym. 2016a) ja yhdysvaltalaisissa (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017) tutkimuksissa on tyypillisimmin raportoitu kipulääkkeiden väärinkäytöstä. Opioidit ovat yksi merkittävimmistä kivun lievitykseen käytettävistä lääkeaineryhmistä. Vaikka opioidien kokonaiskulutus ja -myynti ovat Suomessa viime vuosina hieman vähentyneet, vahvojen opioidien kulutus on kasvanut (Fimea ja Kansaneläkelaitos 2018). Jatkossa on tärkeää seurata opioidien kulutuskehityksen suuntaa ja tutkia, muuttuvatko suomalaisissa väestökyselyissä raportoidut väärinkäytön esiintyvyyksivät.

Päihtyminen, kokeileminen sekä omatoiminen kivun tai muun vaivan hoito ovat olleet myös aiemmissa tutkimuksissa yleisesti raportoituja lääkkeiden väärinkäyttötarkoituksia. Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa käytön syiden on kuitenkin havaittu vaihtelevan lääkeaineryhmän mukaan (McCabe ja Cranford 2012; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Karjalaisen ja Hakkaraisen (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin väärinkäytettyjen lääkkeiden käyttötarkoitusta erikseen ryhmässä, joka oli käyttänyt vain lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen sekä ryhmässä, joka oli käyttänyt sekä lääkkeitä että laittomia huumeita. Lääkkeiden väärinkäyttäjistä noin kymmenen prosenttia raportoi käyttäneensä lääkkeitä päihtymistarkoituksessa kun taas sekä lääkkeitä väärinkäyttäneessä että huumeita käyttäneessä ryhmässä vastaava luku oli yli 60 prosenttia. Vaikka päihtyminen on havaittu yleiseksi lääkkeiden väärinkäyttötarkoitukseksi, tulee kuitenkin huomioda, että kaikki väärinkäyttö ei aina ole päihdekäyttöä. Usein väärinkäytön tarkoitukset voivat olla samoja, joihin lääkkeitä on oikeastikin määrätty. Esimerkiksi itselle määrättyjä kipulääkkeitä käytetään kivun hoitoon, mutta eri annostuksella kuin on alun perin määrätty. Jatkossa tulisi tarkastella erikseen lääkeaineryhmäkohtaista käyttötarkoitusta tai huomioda huumeiden käyttö käyttötarkoituksen tarkastelussa. Tällaisten tutkimusten tulokset voivat tarjota tarkempaa tietoa suomalaisten lääkkeiden väärinkäytön motiiveista.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan naisten ja miesten välillä ei ole eroja lääkkeiden väärinkäyttötarkoituksissa. Joissakin aiemmissa Yhdysvaltalaisissa tutkimuksissa eroja on kuitenkin havaittu. Tulokset koskevat rajattuja väestöryhmiä, kuten huumeiden käyttäjiä (Rigg ja Ibanez 2010) tai nuoria aikuisia (McCabe ja Cranford 2012), joten ne eivät ole täysin vertailukelpoisia. Tämän tutkimuksen aineistossa lääkkeiden väärinkäyttäjien määrä jäi suhteellisen pieneksi (n=191) ja kyselylomakkeen vastausvaihtoehtoja kyseisen muuttujan kohdalla oli useita (12). Tämä saattaa selittää miesten ja naisten välisten erojen vähäisyyttä.

Tässä tutkimuksessa, kuten myös muussa aiemmin raportoidussa tutkimuskirjallisuudessa (Novak ym. 2016a; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017; Hulme ym. 2018), yleisin raportoitu väärinkäyttöön tulevien lääkkeiden hankintatapa oli sosiaalisten verkostojen kautta. Lääkkeiden lainaamisen ja perheenjäseniltä tai ystäviltä saamisen on havaittu olevan tavallista myös kaikkia reseptilääkkeitä koskevassa tutkimuskirjallisuudessa. Lääkkeiden lainaksi ottamisen esiintyvyys on ollut 5–52 prosenttia ja lainaan antamisen 6–23 prosenttia. (Beyene ym. 2014.) Tässä tutkimuksessa havaitut tulokset lääkkeiden hankintatavoista aiheuttavat haasteita lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyn kannalta. Jos suurin osa väärinkäyttöön tulevista lääkkeistä hankitaan sosiaalisten verkostojen kautta, tähän puuttuminen on vaikeaa. Merkittään rooliin nousee ihmisten tietoisuuden lisääminen lääkkeiden väärinkäytön haitoista ja ilmiön vakavuudesta sekä tätä kautta lääkkeiden lainaamisen merkityksestä. Apteekkien kautta kansalliset ”Vie ylimääräiset ja vanhentuneet lääkkeet takaisin apteekkiin” -päivät voisivat ehkäistä lääkkeiden lainaamista, kun kotona ei ole ylimääräisiä itselle tarpeettomia lääkkeitä.

Tutkimustulosten mukaan puolet lääkkeiden väärinkäyttäjistä hankki lääkkeet laillisin keinoin eli apteekista henkilökohtaisella reseptillä. Ihmiset siis käyttävät omia laillisia lääkkeitään väärin eli esimerkiksi suurempina annoksina tai eri tarkoituksiin kuin on määrätty. Tämä nostaa erityisesti lääkäreiden lääkkeiden määräämiskäytännöt tärkeään rooliin lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä. Myös apteekkien ja koko terveydenhuoltojärjestelmän sekä terveydenhuollon ja terveystieteiden koulutusta tarjoavien instituutioiden toiminta voi tukea lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyä. Lääkkeiden määräykseen liittyvän koulutuksen tulisi olla jatkuvaa ja siinä pitäisi huomioida sekä väärinkäyttöpotentiaalia omaavien lääkkeiden turvallinen käyttö että asianmukainen säilytys ja hävitys (Levi ym. 2013). Myös yhtenevät toimintaohjeet läpi terveydenhuolto- ja apteekkijärjestelmän voivat edistää lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyä. Nykyaikana myös erilaiset elektroniset järjestelmät ovat hyödynnettävissä. Yhdysvalloissa erityisesti opioidien lisääntyneen väärinkäytön seurauksena lähes jokaisessa osavaltiossa on käytössä elektroniset reseptilääkkeiden

seurantajärjestelmät, mutta arviot niiden toimivuudesta lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä ovat toistaiseksi vaihtelevia (Finley ym. 2017). Suomessa vuodesta 2010 alkaen vaihteittain käyttöön otettu sähköinen resepti on koettu lääkäreiden keskuudessa hyödylliseksi huumausaineita ja PKV-lääkkeitä määrättäessä. Myös farmaseuttien ja proviisorien mielestä väärinkäytösten väheneminen on yksi sähköisen reseptin eduista. (Kauppinen 2018.) Sähköisellä reseptillä olisi mahdollisuus ennaltaehkäistä esimerkiksi reseptien kalastelua eri terveydenhuollon toimipisteistä ja auttaa apteekkeja huomaamaan potentiaaliset väärinkäyttötapaukset. Toisaalta myös lääkkeen käyttäjä on itse vastuussa lääkkeiden asianmukaisesta käytöstä. Lääkettä tulisi käyttää lääkärin ohjeen mukaan ja ylijäävät lääkkeet tulisi palauttaa apteekkiin eikä säilyttää jotain muuta käyttötarkoitusta varten tai tarjota käyttöön jollekin muulle. Myös lääkäreiden ja apteekkien henkilökunnan tulisi muistuttaa ihmisiä lääkkeiden asianmukaisesta käytöstä.

Tässä tutkimuksessa alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön välillä havaittiin yhteys useiden sekoittavien tekijöiden huomioimisen jälkeenkin. Huumeiden käytön huomioimisen jälkeen alkoholin riskikulutuksen itsenäinen yhteys kuitenkin katosi. Lääkkeiden väärinkäytön on usein aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa raportoitu olevan yhteydessä alkoholin ongelmakäyttöön. Esimerkiksi McCabe ym. (2006) havaitsivat lääkkeiden väärinkäytön olevan todennäköisempää sekä humalahakuisten juojien, alkoholin ongelmakäyttäjien että alkoholiriippuvaisten keskuudessa verrattuna niihin, jotka eivät olleet käyttäneet alkoholia viimeisen vuoden aikana. Vaikutus oli vakioitu sukupuolen, iän ja etnisen taustan mukaan. Ruotsalaisessa väestössä tehdyssä tutkimuksessa alkoholin riskikäytön havaittiin olevan yhteydessä viimeisen vuoden aikana tapahtuneeseen lääkkeiden väärinkäyttöön useiden sosiodemografisten tekijöiden ja huumeiden käytön huomioimisen jälkeen (Abrahamsson ja Hakansson 2015). Myös Beckerin ym. (2007) tutkimuksessa Yhdysvalloissa alkoholin haitallisen käytön tai alkoholiriippuvuuden raportoitiin olevan yhteydessä viimeisen vuoden aikana tapahtuneeseen unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttöön. Tutkimuksen sekoittavina tekijöinä oli huomioitu sekä sosiodemografiset tekijät, mielenterveys, yleinen terveydentila että eri päihteiden käyttö. Vaikka aiemmissa tutkimuksissa alkoholin käyttö on itsenäisesti selittänyt lääkkeiden väärinkäyttöä, tässä tutkimuksessa itsenäinen yhteys katosi huumeiden käytön huomioimisen jälkeen. Tässä tutkimuksessa huumeiden käytön ja lääkkeiden väärinkäytön osalta tarkasteltiin ilmiöiden elinikäisprevalenssia. Alkoholin riskikulutus taas kuvaa käyttöä paremmin lähihistoriassa kuin koko elämän aikana. Eroja aiempiin tutkimustuloksiin saattaa selittää se, että aiemmissa tutkimuksissa on pääosin tarkasteltu viimeisen vuoden aikaista käyttöä sekä alkoholin ja huumeiden käytön että lääkkeiden väärinkäytön osalta. Toisaalta tuloksiin on mahdollisesti vaikuttanut myös käytetty

analyysimenetelmä. Logistisen regressioanalyysin oletuksiin kuuluu, että selittävät muuttujat eivät korreloi kovin voimakkaasti keskenään (Nummenmaa 2009).

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä että, lääkkeiden väärinkäyttö saattaa olla merkittävä osa myös alkoholin ongelmakäytön ilmiötä. Noin 30 prosentilla suomalaisista on havaittu alkoholin liiallista käyttöä (Sotkanet.fi 2018). Alkoholin liiallinen käyttö voi aiheuttaa yksilölle monia haitallisia seurauksia (WHO 2014) ja lääkkeiden väärinkäyttö tulisi huomioida yhtenä osana näitä haittoja. Tämän tutkimuksen poikkileikkausasetelman vuoksi alkoholin käyttöön ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyvien syy-seuraussuhteiden arvioiminen ei ole mahdollista. Lääkkeiden asianmukaisen käytön on kuitenkin joissain pitkittäistutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä alkoholin ongelmakäyttöön. Suomalaisessa väitöskirjatutkimuksessa havaittiin, että alkoholin suurkulutus oli yhteydessä myöhempään uni- tai ahdistuslääkkeen käyttöön neljän vuoden seurannassa. Lisäksi uni- tai ahdistuslääkkeen käyttö oli yhteydessä myöhempään alkoholin suurkulutukseen 11 vuoden seurannassa. Alkoholin arvioitiin olevan esimerkiksi yksi keino lääkittää itse ahdistusta tai masennusta. (Ilomäki 2011.) Myös lääkkeiden väärinkäytön yhteydessä esimerkiksi lääkeriippuvuudesta johtuvaa ahdistusta voidaan pyrkiä helpottamaan alkoholilla. Toisaalta alkoholin liiallisesta käytöstä johtuvia oireita ja siihen liittyviä ongelmia saatetaan pyrkiä parantamaan ja helpottamaan lääkkeillä. Riskikulutukseen liittyy todennäköisesti myös humalahakuinen juominen ja yksi yhteyttä selittävä tekijä voikin olla voimakkaamman päihtymistilan tavoittelu kahden eri aineen avulla.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan huumeiden kokeilu tai käyttö oli voimakkaassa yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. Myös aiemmassa kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa huumeiden käytön ja lääkkeiden väärinkäytön välillä on havaittu yhteys (Simoni-Wastila ym. 2004; Becker ym. 2007; Tetrault ym. 2008; Abrahamsson ja Hakansson 2015; Kerridge ym. 2015). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat ilmiön olevan samankaltainen suomalaisessa väestössä. Joissain aiemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu erikseen niitä, joilla esiintyy ainoastaan lääkkeiden väärinkäyttöä sekä niitä, joilla esiintyy sekä lääkkeiden väärinkäyttöä että huumeiden käyttöä. Eroja on havaittu esimerkiksi vastaajien sosiodemografisissa tekijöissä, alkoholin käytössä ja lääkkeiden käyttötarkoituksissa (Karjalainen ja Hakkarainen 2013). Tässä tutkimuksessa tällaista erottelua ei tehty. Havaitut tulokset huumeiden käytön yhteydestä lääkkeiden väärinkäyttöön sekä lääkkeiden käyttötarkoituksissa päihtymisen tavoittelu viittaavat kuitenkin siihen, että huumeiden käyttö liittyy myös lääkkeiden väärinkäyttöön. Huumeiden käytön huomioon ottaminen lääkkeiden väärinkäytön tutkimisen yhteydessä on myös jatkossa tärkeää.

Huumeiden käyttäjillä lääkkeiden väärinkäytön on havaittu olevan yleisempää verrattuna muuhun väestöön (Khosla ym. 2011; Horyniak ym. 2015). Myös tämän tutkimuksen tulokset alkoholin ja huumeiden käytön yhteydestä lääkkeiden väärinkäyttöön antavat viitteitä siitä, että lääkkeiden väärinkäyttäjät saattavat käyttää myös muita päihteitä muuta väestöä yleisemmin ja mahdollisesti yhdessä muiden päihteiden kanssa. Tämän tutkimuksen havainto päihtymisestä yleisimmin raportoituna lääkkeiden käyttötarkoituksena tukee lisäksi tätä päätelmää. Mikäli tässä tutkimuksessa olisi tarkasteltu lääkkeiden samanaikaista käyttöä alkoholin tai huumausaineiden kanssa, olisi tulosten tulkintaan voinut saada lisää näkökulmia.

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että nuorempi ikä oli yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön. Nämä tulokset iän ja lääkkeiden väärinkäytön yhteydestä ovat vastaavia aiemmin havaittujen tutkimustulosten kanssa. Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu viitteitä lääkkeiden väärinkäytön ja nuoremman iän yhteydestä (Simoni-Wastila ym. 2004; Bali ym. 2013; Kerridge ym. 2015). Ikäryhmittäisiä eroja analysoivaa tutkimuskirjallisuutta on vähän, mutta eroihin liittyviksi tekijöiksi on yhdistetty esimerkiksi kokeilut liittyen nuorempaan ikään (Becker ym. 2008) sekä nuorten haavoittuvuus ja alttius haitalliselle käytökselle (Bali ym. 2013; Nargiso ym. 2015). Vaikka tässä tutkimuksessa ei tehty ikäryhmittäistä tarkastelua, tulokset väärinkäytettyjen lääkkeiden käyttötarkoituksista, joissa kokeilemisen havaittiin olevan yksi yleisimmistä lääkkeiden väärinkäytön syistä, voivat antaa viitteitä lääkkeiden väärinkäytön yhteydestä nuorempaan ikään ja kokeilunhaluun.

Tutkimustuloksissa havaittiin, että matalamman koulutusasteen ja lääkkeiden väärinkäytön välillä oli yhteys. Aiemmissa tutkimuksissa lääkkeiden väärinkäyttö on pääosin yhdistetty heikompaan sosiaaliseen asemaan (Sansone ym. 2012; Karjalainen ja Hakkarainen 2013; Abrahamsson ja Hakansson 2015; Kerridge ym. 2015; Stewart ja Reed 2015; Perlmutter ym. 2017), vaikka koulutuksen suhteen eroja ei aina ole havaittu (Karjalainen ja Hakkarainen 2013; Stewart ja Reed 2015). Toisaalta matalampi koulutusaste on ollut yhteydessä lääkkeiden väärinkäyttöön useissa tutkimuksissa (Becker ym. 2007; Bali ym. 2013; Martins ym. 2015).

Tässä tutkimuksessa havaitut tulokset nuoremman iän ja matalamman koulutuksen yhteydestä lääkkeiden väärinkäyttöön antavat viitteitä siitä, että väärinkäytön ennaltaehkäisyssä tulisi kiinnittää erityistä huomiota nuoriin ja toimia tulisi tapahtua jo kouluiässä. Sekä kouluterveydenhuollossa että terveystiedon opetuksessa tulisi tiedostaa lääkkeiden väärinkäytön ilmiö muiden päihteiden käytön ohella. Toisaalta erityisesti ikääntyvän väestön määrän koko ajan kasvaessa ja myös heidän

alkoholin käyttönsä lisääntyessä (Helldán ja Helakorpi 2014), lääkkeiden väärinkäyttö tulisi ottaa huomioon myös heidän ikäryhmässään. Ikääntyvä väestö todennäköisemmin tuntee ja raportoi enemmän kipua ja psykologisia oireita, joihin määrätään myös enemmän väärinkäyttöpotentiaalia omaavia lääkkeitä (Abrahamsson ja Hakansson 2015; Kerridge ym. 2015). Vaikka heillä väärinkäyttö saattaa myös olla todennäköisemmin tahatonta johtuen esimerkiksi muistamattomuudesta tai siitä, että ohjeiden vastaista käyttöä ei mielletä väärinkäytöksi, ovat he potentiaalisessa riskissä ongelmallisemmalle lääkkeiden väärinkäytölle (Simoni-Wastila ym. 2004; United Nations Office on Drugs and Crime 2011).

Lääkkeiden väärinkäyttäjien tunnistaminen mahdollisimman varhain on merkittävä tekijä lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä ja hoitamisessa. Tunnistamisessa erityisesti terveydenhuoltojärjestelmä aina lääkärin vastaanotosta ja päihdepalveluista apteekkiin asti ovat avainasemassa. Toisaalta oikeasti apua tarvitsevien potilaiden ja väärin motiivein lääkkeitä hankkivien potilaiden erottaminen voi olla vaikeaa. (United Nations Office on Drugs and Crime 2011.) Sekä aiemmissa että tässä tutkimuksessa havaitut tulokset huumeiden sekä alkoholin käytön ja lääkkeiden väärinkäytön yhteydestä antavat viitteitä siitä, että terveydenhuollossa alkoholin ongelmakäyttäjien sekä huumeiden käyttäjien kohdalla hoitohenkilökunnan tulisi ottaa myös lääkkeiden väärinkäyttömahdollisuus huomioon. Terveydenhuollon rooli on merkittävä myös riippuvuuden hoidossa ja väärinkäytön katkaisemisessa (Levi ym. 2013). Toisaalta tulisi huomioida, että myös terveydenhuoltohenkilöstö on potentiaalisessa riskissä lääkkeiden väärinkäytölle (United Nations Office on Drugs and Crime 2011).

Vaikka lääkkeiden väärinkäyttöä koskevaa pitkittäistutkimusta ei juurikaan ole, aiemmissa poikkileikkaustutkimuksissa lääkkeiden väärinkäytön on havaittu olevan yhteydessä muun muassa heikkoon elämänlaatuun (Abrahamsson ym. 2015), mielenterveyden ongelmiin (Martins ja Gorelick 2011; Zullig ja Divin 2012; Ford ja Perna 2015) ja itsetuhoisiin ajatuksiin (Zullig ja Divin 2012; Ford ja Perna 2015). On arvioitu, että heikon elämänlaadun ja lääkkeiden väärinkäytön yhteys saattaa johtua ainakin osittain mielenterveysongelmista (Abrahamsson ym. 2015). Mielenterveysongelmien yhteydessä lääkkeiden käytöllä saatetaan hakea helpotusta huonoon oloon tai yrittää parantaa mielialaa (Zullig ja Divin 2012). Lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä nämä asiat tulisi ottaa huomioon. Tämän tutkimuksen tulokset lääkkeiden väärinkäytön sekä muiden päihteiden käytön yhteydestä vahvistavat sitä päätelmää, että lääkkeiden väärinkäytön taustalla saattaa vaikuttaa monia tekijöitä. Vaikka kausaalisuuden osoittaminen ei ole mahdollista, mahdollisiin

lääkkeiden väärinkäytön perimmäisiin syihin puuttuminen ja niiden ongelmien hoitaminen nousee yhteen tärkeimmistä rooleista lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä.

7.2 Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tutkimusaineiston systemaattinen satunnaisotantamenetelmä tukee tulosten yleistettävyyttä suomalaiseseen aikuisväestöön. Toisaalta otantamenetelmässä tutkimuksen ulkopuolelle ovat jääneet laitoksissa asuva väestö sekä ilman vakituista osoitetta olevat, joka rajaa todennäköisesti huumeiden ongelmakäyttäjien kattavuutta aineistossa. Lisäksi on arvioitu, että huumeiden käyttäjät voivat olla haluttomampia vastaamaan väestökyselyihin (Harrison ja Hughes 1997). Koska huumeiden käyttäjien keskuudessa myös lääkkeiden väärinkäytön on havaittu olevan yleistä (Khosla ym. 2011; Horyniak ym. 2015), tämä saattaa vähentää lääkkeiden väärinkäyttäjien määrää aineistossa. Päihdetutkimus 2014 -aineiston keruun yhteydessä toteutettiin katohaastattelu, jossa huumeiden käytön havaittiin olevan kuitenkin samankaltaista kyselyyn vastaamattomilla kuin vastanneilla (Karjalainen ym. 2016).

Huumekyselyitä ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyviä kyselyitä analysoivassa tutkimuskirjallisuudessa huumeiden käyttöä ja lääkkeiden väärinkäyttöön liittyviä tietoja on arvioitu sekä yli- että aliraportoitavan (Harrison ja Hughes 1997; Johnson ja Fendrich 2005; Palamar 2018), mutta erityisesti aliraportointi on arvioitu merkittäväksi haitaksi (Harrison ja Hughes 1997; Palamar 2018). Raportointivirheisiin vaikuttaviksi tekijöiksi on arvioitu esimerkiksi aiheen sensitiivisyys ja sosiaalinen stigma, käyttäjäryhmä, muistamisen ongelmat, vastaustilanteen yksityisyys (Harrison ja Hughes 1997; Johnson ja Fendrich 2005) sekä laittoman aineen ”kovuus” (Harrison ja Hughes 1997). Tämän tutkimuksen aineistona käytetty Päihdetutkimus-kysely on anonymi postikysely, joka täytetään yksin ilman henkilökohtaista kontaktia tutkijoihin. Vaikka tutkittu aihe on sensitiivinen, totuudenmukainen vastaaminen saattaa olla helpompaa, kun vastaustilanne on yksityinen.

Lääkkeiden väärinkäytön tutkimiseen liittyy myös erityisesti käsitteellisiä ja tietoon liittyviä ongelmia. Tutkittavan lääkkeen ja väärinkäyttö -käsitteiden määrittely voi olla vaihtelevaa sekä yhden tutkimuksen sisällä että eri tutkimusten välillä (Barrett ym. 2008; McNeely ym. 2014; Palamar 2018). Myös tutkimuksen kohteena olevan väestön tiedot kyseisiin termeihin liittyen voivat olla vaihtelevia ja termit saatetaan ymmärtää väärin. Tämä voi aiheuttaa epätarkkuutta

tutkimustuloksiin. (McNeely ym. 2014; Palamar 2018.) Päihdetutkimus 2014 -kyselylomakkeessa lääkkeiden väärinkäyttö määriteltiin sisältämään ainoastaan reseptillä saatavien lääkkeiden käyttö. Siitä huolimatta on mahdollista, että aineistoon on päätnyt vastaajia, jotka ovat arvioineet lääkkeiden väärinkäyttöä ilman reseptiä saatavien lääkkeiden osalta. Lomakkeessa lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön määriteltiin koskevan esimerkiksi lääkkeen käyttöä ilman lääkärin määräystä, suurempina annoksina tai eri tarkoituksiin kuin on määrätty. Erityisesti satunnaisten käyttäjien kohdalla on mahdollista, että yksittäistä ylimääräistä käyttökertaa tai käyttöä ilman omaa reseptiä ei välttämättä ole määriteltä väärinkäytöksi ja käyttöä on saatettu aliraportoida. Kyselylomakkeessa lääkkeiden väärinkäyttöä käsittelevässä osiossa yksi kysytty lääkeaineryhmä oli vahvat kipua lievittävät lääkkeet. Myös huumeiden käyttöä kartoittavassa osiossa vastaajilta oli kysytty, ovatko he käyttäneet opioideja huumeena. Opioidit luokitellaan vahvoin kipulääkkeisiin kuuluviksi. Vaikka käyttöaihe on eritelty kysymyksen yhteydessä, on tämä saattanut sekoittaa joitakin vastaajia.

Tämän tutkimuksen aineiston suuri koko (n=3485) pienentää satunnaisvirheen määrää ja vahvistaa näin tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta (Nummenmaa 2009). Toisaalta lääkkeiden väärinkäyttäjien määrä (n=191) jäi aineistossa melko vähäiseksi. Tämän tutkimuksen yhtenä analyysien vahvuutena ja tulosten luotettavuutta vahvistavana tekijänä on, että alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön tarkastelussa huomioitiin useita mahdollisia sekoittavia tekijöitä. Lisäksi analyysien suunnittelussa huomioitiin mahdollinen ositus miehiin ja naisiin, joskin esiintyvyyksiluvut ja interaktiotermit eivät tukeneet ositusta eri ryhmiin logistisessa regressioanalyysissa. Analyysien tulosten luotettavuutta vahvistaa puuttuneen tiedon vähäinen määrä. Ainoastaan lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä kuvaavien muuttujien muu-vaihtoehtojen kohdalla puuttuvan tiedon määrä oli melko suuri (26–36 %).

Suurella osalla lääkkeiden väärinkäyttöä käsittelevässä aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa on tarkasteltu viimeisen 12 kuukauden aikaista väärinkäyttöä (Simoni-Wastila ja Strickler 2004; McCabe ym. 2006; Bali ym. 2013; Abrahamsson ja Hakansson 2015). Tämän tutkimuksen tuloksia tulkitessa on huomioitava lääkkeiden väärinkäytön määritelmän laveus. Tutkimuksessa tarkasteltiin lääkkeiden väärinkäytön elinikäisprevalenssia eli lääkkeiden väärinkäyttäjiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka olivat joskus elämänsä aikana kokeilleet tai käyttäneet lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen. Tämän rajauksen seurauksena tutkimusjoukkoon päätyi todennäköisesti myös kokeilijoita tai satunnaisia käyttäjiä kun taas esimerkiksi viimeisen 12 kuukauden tai 30 päivän aikana tapahtunut käyttö olisi voinut kuvata paremmin säännöllistä lääkkeiden väärinkäyttöä.

Toisaalta, jos rajausta olisi tehty lyhyempää aikaa tarkastelevaksi, vähäinen tapausmäärä olisi hankaloittanut tilastollisia analyysijä.

Aiemmassa lääkkeiden väärinkäyttöä koskevassa tutkimuskirjallisuudessa lääkkeiden väärinkäyttöä on tarkasteltu kokonaisen ilmiön lisäksi myös lääkeaineryhmäkohtaisesti. Lisäksi monissa tutkimuksissa keskushermostoa stimuloivat lääkkeet ovat olleet yksi tarkasteltu lääkeaineryhmä (Novak ym. 2016a; Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2017). Tämän tutkimuksen aineisto ei sisältänyt tietoa erikseen keskushermostoa stimuloivien lääkkeiden käytöstä ja lisäksi lääkkeiden väärinkäyttöä tarkasteltiin kokonaisuutena kaikkien lääkkeiden osalta. Siksi tuloksia ei voi suoraan verrata muuhun tutkimuskirjallisuuteen. Toisaalta tarkastelu kokonaisuutena kasvatti tapausmäärää ja näin vahvistaa analyysien luotettavuutta. Lisäksi Ruotsissa keskushermostoa stimuloivien lääkeaineiden merkityksen lääkkeiden väärinkäytössä on arvioitu olevan vähäinen johtuen tiukasti säädellyistä lääkkeiden määräyskäytännöistä (Abrahamsson ja Hakansson 2015). Myös Suomessa merkityksen voidaan olettaa olevan vähäinen, koska keskushermostoa stimuloivat lääkkeet ovat luokiteltu huumausaineiksi ja niiden kulutus on vähäistä (Fimea ja Kansaneläkelaitos 2018; Kustannus Oy Duodecim 2018).

Tämä tutkimus on tehty poikkileikkauksena, joten tutkittavien ilmiöiden ajallista yhteyttä tai mahdollista syy-seuraussuhdetta ei pystytä selvittämään. Myös aiempi lääkkeiden väärinkäyttöä käsittelevä pitkittäistutkimus liittyy lähinnä lääkkeiden väärinkäytön esiintyvyyden muutoksiin ajassa ja alkoholin käytön sekä lääkkeiden väärinkäytön välisiä syy-seuraussuhteita tai yhteyden suuntaa selvittävää tutkimuskirjallisuutta ei juurikaan ole. Tämän tutkimuksen tulokset tarjoavat kuitenkin tietoa syy-seuraussuhteita koskevan jatkotutkimuksen pohjaksi ja ovat tärkeitä ilmiön monitahoisuuden ymmärtämisessä.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tätä tutkimusta tehdessä hyvä tieteellinen käytäntö huomioitiin koko tutkimusprosessin ajan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Eettisestä näkökulmasta lääkkeiden väärinkäyttö tutkimusaiheena voidaan katsoa arkaluonteiseksi, koska ilmiöön liittyy esimerkiksi lain kautta määriteltyä rikollisuutta sekä mahdollista sosiaalista stigmaa (L 30.5.2008/373 3§; Harrison ja Hughes 1997; Kuula 2011). Tutkimusaihe on kuitenkin perusteltu sen kansanterveydellisen merkityksen takia. Lisäksi ilmiöstä on vain vähän tutkimustietoa Suomessa. Sekä aineiston

käsittelyssä että tulosten raportoinnissa huomioitiin arkaluontoisten aiheiden vaatima erityishuomio liittyen tutkittavien oikeuksiin ja yksityisyyteen (Kuula 2011).

Tutkimusaineiston käsittelyssä noudatettiin tarkkuutta ja huolellisuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Päihdetutkimus on toteutettu eettiset näkökohdat huomioon ottaen ja THL:n Tutkimuseettinen työryhmä on puoltanut tämän tutkimuksen aineistona ollutta Päihdetutkimus 2014 -tutkimussuunnitelmaa (TuET 2014). Aineisto hankittiin Tietoarkiston Aila-portaalin kautta lääkkeiden ei-lääkinnällisen käytön pro gradu -tutkimusta varten. Aineistossa ei ollut yksilöintitietoja, joista vastaajan tunnistaminen olisi mahdollista. Aineiston säilyttämisessä, käytössä ja siirrossa huolehdittiin riittävästä tietoturvallisuudesta ja -suojasta ja aineistoa sekä tuloksia säilytettiin muilta ihmisiltä suojassa. Aineisto hävitettiin tutkimuksen teon päätyttyä. (Kuula 2011.)

Sekä tulosten käsittelyssä että julkaisussa noudatettiin tarkkuutta ja huolellisuutta ja tulokset pyrittiin raportoimaan läpinäkyvästi. Toisten tutkijoiden työtä kunnioitettiin raportoimalla ja viittaamalla muiden julkaisemiin tutkimustuloksiin asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013.)

7.4 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lääkkeiden väärinkäytön ominaispiirteitä sekä alkoholin riskikulutuksen ja lääkkeiden väärinkäytön välistä yhteyttä suomalaisessa aikuisväestössä. Tulokset antavat tärkeää tietoa ilmiön yleisyydestä ja siitä, millaisia tekijöitä käyttöön liittyy Suomessa. Jotta ilmiöön pystytään pureutumaan entistä tarkemmin, jatkossa sitä tulisi tutkia rajatumpien väestöryhmien, kuten nuorten aikuisten, alkoholin ongelmakäyttäjien ja huumeiden käyttäjien keskuudessa. Lisäksi tarvitaan lääkeaineryhmäkohtaista tutkimusta erityisesti vahvojen kipulääkkeiden väärinkäytön seuraamiseksi. Myös pitkittäistutkimukset mahdollisten syy-seuraussuhteiden selvittämiseksi ovat tärkeitä, jotta saadaan tietoa lääkkeiden väärinkäyttöön johtavista tekijöistä lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyn tueksi.

Vaikka kaikkien lääkkeiden väärinkäyttöön ei liittyisi suurempia ongelmia, ilmiö on haaste myös Suomessa. Tämän tutkimuksen tulosten ja aiemman lääkkeiden väärinkäyttöä koskevan tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan todeta, että ilmiö on monisyinen ja siihen liittyy myös

muiden päihteiden käyttöä. Lisäksi ilmiön yhteydessä on havaittavissa väestöryhmittäisiä eroja sosiodemografisten tekijöiden suhteen.

Tämän tutkimuksen tulokset auttavat tunnistamaan mahdollisesti lääkkeiden väärinkäytölle alttiita väestöryhmiä ja tämän kautta kohdistamaan esimerkiksi preventiivisiä toimenpiteitä tarkemmin. Tulokset ovat hyödynnettävissä niin terveydenhuollon henkilöstön koulutuksessa kuin lääkepolitiikan ja terveyden edistämiseen tähtäävän politiikan suunnittelussa. Lääkkeiden väärinkäytön ehkäisyssä vaaditaan yhteistyötä viranomaisten ja kansanterveystason toimijoiden sekä terveydenhuoltohenkilöstön ja apteekkien kanssa.

LÄHTEET

- A 28.8.2008/543. Valtioneuvoston asetus huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista. Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080543>. Viitattu 3.5.2018.
- Abrahamsson T., Berglund M., Hakansson A. (2015) Non-medical prescription drug use (NMPDU) and poor quality of life in the Swedish general population. *The American Journal on Addictions* 24(3), 271-277.
- Abrahamsson T., Hakansson A. (2015) Nonmedical prescription drug use (NMPDU) in the Swedish general population--correlates of analgesic and sedative use. *Substance use & Misuse* 50(2), 148-155.
- Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus (2015) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. www.käypähoito.fi. Viitattu 3.5.2018.
- Arkes J., Iguchi M.Y. (2008) How Predictors of Prescription Drug Abuse Vary by Age. *Journal of Drug Issues* 38(4), 1027-1043.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. (2001) AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. 2nd Edition. World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Dependence. Geneva.
- Bali V., Raisch D.W., Moffett M.L., Khan N. (2013) Determinants of nonmedical use, abuse or dependence on prescription drugs, and use of substance abuse treatment. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 9(3), 276-287.
- Barrett S.P., Meisner J.R., Stewart S.H. (2008) What constitutes prescription drug misuse? Problems and pitfalls of current conceptualizations. *Current Drug Abuse Reviews* 1(3), 255-262.
- Becker W.C., Fiellin D.A., Desai R.A. (2007) Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: Psychiatric and socio-demographic correlates. *Drug and Alcohol Dependence* 90(2), 280-287.
- Becker W.C., Sullivan L.E., Tetrault J.M., Desai R.A., Fiellin D.A. (2008) Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults: psychiatric, medical and substance use correlates. *Drug and Alcohol Dependence* 94(1-3), 38-47.
- Beyene K.A., Sheridan J., Aspden T. (2014) Prescription medication sharing: a systematic review of the literature. *American Journal of Public Health* 104(4), 15-26.
- Casati A., Sedefov R., Pfeiffer-Gerschel T. (2012) Misuse of medicines in the European Union: a systematic review of the literature. *European Addiction Research* 18(5), 228-245.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2017) 2016 National Survey on Drug Use and Health: Methodological summary and definitions. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Compton W.M., Han B., Blanco C., Johnson K., Jones C.M. (2018) Prevalence and Correlates of Prescription Stimulant Use, Misuse, Use Disorders, and Motivations for Misuse Among Adults in the United States. *The American Journal of Psychiatry* 175(8), 741-755.

Dollar C.B., Hendrix J.A. (2015) The Importance of Romantic and Work Relations on Nonmedical Prescription Drug Use Among Adults. *Sociological Spectrum* 35(5), 465-481.

ECHI. (2017) European Core Health Indicators: Litres of pure alcohol consumed per person aged 15+ per year (recorded + unrecorded). European Commission. https://ec.europa.eu/health/alcohol/indicators_en. Viitattu 22.8.2018.

Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. (2017) Euroopan huumeraportti 2017: Suuntauksia ja muutoksia. Euroopan unionin julkaisutoimisto. Luxemburg.

Fimea, Kansaneläkelaitos. (2018) Suomen lääketilasto 2017. <https://www.fimea.fi/documents/160140/1188389/Suomen+l%C3%A4%C3%A4ketilasto+2017/8363a352-a008-9686-1a63-22aedbb52bde>. Viitattu 17.12.2018.

Finley E.P., Garcia A., Rosen K., McGeary D., Pugh M.J., Potter J.S. (2017) Evaluating the impact of prescription drug monitoring program implementation: a scoping review. *BMC Health Services Research* 17(1), 420-428.

Florence C.S., Zhou C., Luo F., Xu L. (2016) The Economic Burden of Prescription Opioid Overdose, Abuse, and Dependence in the United States, 2013. *Medical Care* 54(10), 901-906.

Ford J., Perna D. (2015) Prescription drug misuse and suicidal ideation: Findings from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence* 157, 192-196.

Ford J.A., Reckdenwald A., Marquardt B. (2014) Prescription drug misuse and gender. *Substance use & Misuse* 49(7), 842-851.

Fride Tvette I., Bjorner T., Skomedal T. (2015) Risk factors for excessive benzodiazepine use in a working age population: a nationwide 5-year survey in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 33(4), 252-259.

Gfroerer J., Eyerman J., Chromy J. (2002) Redesigning an ongoing national household survey: Methodological issues. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD.

Han B., Compton W.M., Jones C.M., Cai R. (2015) Nonmedical prescription opioid use and use disorders among adults aged 18 through 64 years in the united states, 2003-2013. *JAMA* 314(14), 1468-78.

Harrison L., Hughes A. (1997) The validity of self-reported drug use: improving the accuracy of survey estimates. NIDA Research Monograph.

Haukka J., Kriikku P., Mariottini C., Partonen T., Ojanpera I. (2018) Non-medical use of psychoactive prescription drugs is associated with fatal poisoning. *Addiction (Abingdon, England)* 113(3), 464-472.

- Havens J.R., Young A.M., Havens C.E. (2011) Nonmedical prescription drug use in a nationally representative sample of adolescents: evidence of greater use among rural adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165(3), 250-255.
- Helin-Soilevaara H., Muhonen T. (2014) Varaudu lääkkeiden väärinkäyttöön. *Suomen Eläinlääkärilehti - Finsk Veterinärtidskrift: Eläinlääkäri* 120(8), 520-522.
- Helldán A., Helakorpi S. (2014) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993–2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2014. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Helldán A., Helakorpi S. (2015) Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2015. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Helsingin Sanomat 11.8.2017. Trump julisti kansallisen hätätilan huume kriisiin takia – yliannostuksiin kuolee Yhdysvalloissa yli 140 ihmistä päivässä.
- Helsingin Sanomat 21.12.2017. Europolissa heräsi pelko mahdollisesta opioidikriisistä Euroopassakin – Vuoden kestäneessä operaatiossa sata ihmistä kiinni, lääkkeitä takavarikoitiin satojen miljoonien arvosta.
- Helsingin Sanomat 25.11.2018. Vahvojen kipulääkkeiden käyttö jatkoi Suomessa huimaa kasvua – Eniten yleistyy opioidi, josta USA:n huume-epidemia lähti liikkeelle.
- Hernandez S.H., Nelson L.S. (2010) Prescription drug abuse: insight into the epidemic. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 88(3), 307-317.
- Horyniak D., Agius P.A., Degenhardt L., Reddel S., Higgs P., Aitken C., Stoové M., Dietze P. (2015) Patterns of, and Factors Associated With, Illicit Pharmaceutical Opioid Analgesic Use in a Prospective Cohort of People Who Inject Drugs in Melbourne, Australia. *Substance use & Misuse* 50(13), 1650-1659.
- Hulme S., Bright D., Nielsen S. (2018) The source and diversion of pharmaceutical drugs for non-medical use: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 186, 242-256.
- Härkönen J., Karlsson T. (2018) Miten suhtautuminen alkoholiin on muuttunut? Teoksessa: Mäkelä P., Härkönen J., Lintonen T., Tigerstedt C., Warpenius K. (toim.) Näin Suomi juo: suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy. Helsinki.
- Härkönen J., Savonen J., Virtala E., Mäkelä P. (2017) Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968-2016: Juomatapatutkimusten tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2017. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Ilomäki J. (2011) Epidemiology of alcohol consumption and psychotropic drug use - focus on changes in drinking. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 57.
- Johnson T., Fendrich M. (2005) Modeling sources of self-report bias in a survey of drug use epidemiology. *Annals of Epidemiology* 15(5), 381-389.

Karjalainen K., Hakkarainen P. (2013) Lääkkeiden väärinkäyttö 2000-luvun Suomessa. Esiintyvyys, käyttäjäryhmät ja käyttötarkoitukset. Yhteiskuntapolitiikka 78(5), 498-508.

Karjalainen K., Lintonen T., Hakkarainen P. (2017) Illicit drug use is increasing among non-medical users of prescription drugs-Results from population-based surveys 2002-2014. Drug and Alcohol Dependence 178, 430-434.

Karjalainen K., Savonen J., Hakkarainen P. (2016) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet - Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2015. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Karlsson T., Kotovirta E., Tigerstedt C., Warpenius K. (2013) Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2013. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Kauhanen J., Kauhanen J., Erkkilä A., Korhonen M., Myllykangas M., Pekkanen J. (2013) Kansanterveystiede. 4. uud. p. Edition. Sanoma Pro. Helsinki.

Kauppinen H. (2018) Kokemuksia sähköisen reseptin käyttöönoton vaikutuksista Suomessa. Tutkimus lääkäreiden, farmaseuttien ja proviisorien näkökulmasta. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 461.

Kerridge B.T., Saha T.D., Chou S.P., Zhang H., Jung J., Ruan W.J., Smith S.M., Huang B., Hasin D.S. (2015) Gender and nonmedical prescription opioid use and DSM-5 nonmedical prescription opioid use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions – III. Drug and Alcohol Dependence 156, 47-56.

Khosla N., Juon H.S., Kirk G.D., Astemborski J., Mehta S.H. (2011) Correlates of non-medical prescription drug use among a cohort of injection drug users in Baltimore City. Addictive Behaviors 36(12), 1282-1287.

Kustannus Oy Duodecim. (2018) Duodecim lääketietokanta. http://www.terveysportti.fi/helios.uta.fi/terveysportti/dlr_laake.koti. Viitattu 14.5.2018.

Kuula A. (2011) Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Edition. Vastapaino. Tampere.

KvantiMOTV (2014). Ristiintaulukointi - SPSS-harjoitus 2. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/harjoitus2.html>. Viitattu 16.10.2018.

L 19.12.1889/39 50§. Rikoslaki. Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>. Viitattu 3.5.2018.

L 30.5.2008/373 3§. Huumausainelaki. Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>. Viitattu 3.5.2018.

Levi J., Segal L., Miller A.F. (2013) Prescription drug abuse: Strategies to stop the epidemic 2013. Trust for America's Health. <https://www.tfah.org/report-details/prescription-drug-abuse-strategies-to-stop-the-epidemic/>. Viitattu 26.11.2018.

- Lintonen T., Karjalainen K. (2015) Lääkkeiden päihdekäyttö on iso osa huumeongelmaa. Haaste 1.
- Lintonen T., Rönkä S., Kotovirta E., Konu A. (2012) Huumeet suomessa 2020 - ennakointitutkimus. Poliisiammattikorkeakoulun raportteja 101. Tampereen yliopistopaino Oy - Juvenes Print. Tampere.
- Lääkelaitos. (2009) Luettelot PKV-lääkevalmisteista sekä huumausaineita ja psykotrooppisia aineita sisältävistä lääkevalmisteista. LL 3176/4.6.4./2009. Helsinki.
- Malekshahi T., Tioleco N., Ahmed N., Campbell A.N., Haller D. (2015) Misuse of atypical antipsychotics in conjunction with alcohol and other drugs of abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment* 48(1), 8-12.
- Martins S.S., Gorelick D.A. (2011) Conditional substance abuse and dependence by diagnosis of mood or anxiety disorder or schizophrenia in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence* 119(1-2), 28-36.
- Martins S.S., Kim J.H., Chen L.Y., Levin D., Keyes K.M., Cerda M., Storr C.L. (2015) Nonmedical prescription drug use among US young adults by educational attainment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50(5), 713-724.
- McCabe S.E., Cranford J.A. (2012) Motivational subtypes of nonmedical use of prescription medications: results from a national study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 51(5), 445-452.
- McCabe S.E., Cranford J.A., Boyd C.J. (2006) The relationship between past-year drinking behaviors and nonmedical use of prescription drugs: prevalence of co-occurrence in a national sample. *Drug and Alcohol Dependence* 84(3), 281-288.
- McCabe S.E., West B.T., Teter C.J., Boyd C.J. (2014) Trends in medical use, diversion, and nonmedical use of prescription medications among college students from 2003 to 2013: Connecting the dots. *Addictive Behaviors* 39(7), 1176-1182.
- McNeely J., Halkitis P.N., Horton A., Khan R., Gourevitch M.N. (2014) How patients understand the term "nonmedical use" of prescription drugs: insights from cognitive interviews. *Substance Abuse* 35(1), 12-20.
- Mäkelä P., Härkönen J., Lintonen T., Tigerstedt C., Warpenius K. (2018) Mihin kirjalla pyritään? Teoksessa: Mäkelä P., Härkönen J., Lintonen T., Tigerstedt C., Warpenius K. (toim.) Näin Suomi juo: suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Nargiso J.E., Ballard E.L., Skeer M.R. (2015) A systematic review of risk and protective factors associated with nonmedical use of prescription drugs among youth in the United States: a social ecological perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 76(1), 5-20.
- NDLERF. (2007) Benzodiazepine and pharmaceutical opioid misuse and their relationship to crime. An examination of illicit prescription drug markets in Melbourne, Hobart and Darwin. Monograph Series No. 21. Hobart, Tasmania.

- Niemelä S., Mikkonen A. (2014) Tunnista lääkkeiden väärinkäyttäjät ja päihdekäyttöön tulleet lääkkeet. Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning 69(9), 624-627.
- Novak S.P., Hakansson A., Martinez-Raga J., Reimer J., Krotki K., Varughese S. (2016a) Nonmedical use of prescription drugs in the European Union. BMC Psychiatry 16, 274-285.
- Novak S.P., Peiper N.C., Zarkin G.A. (2016b) Nonmedical prescription pain reliever and alcohol consumption among cannabis users. Drug and Alcohol Dependence 159, 101-108.
- Nummenmaa L. (2009) Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. 1. painos (uud. laitos) Edition. Tammi. Helsinki.
- Palamar J.J. (2018) Barriers to accurately assessing prescription opioid misuse on surveys. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 19, 1-7.
- Perlmutter A.S., Conner S.C., Savone M., Kim J.H., Segura L.E., Martins S.S. (2017) Is employment status in adults over 25 years old associated with nonmedical prescription opioid and stimulant use? Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 52(3), 291-298.
- Raitasalo K., Huhtanen P., Miekka M. (2015) Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2015: ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19/2015. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.
- Rigg K.K., Ibanez G.E. (2010) Motivations for non-medical prescription drug use: a mixed methods analysis. Journal of Substance Abuse Treatment 39(3), 236-247.
- Rigg K.K., Monnat S.M. (2015) Urban vs. rural differences in prescription opioid misuse among adults in the United States: informing region specific drug policies and interventions. The International Journal on Drug Policy 26(5), 484-491.
- Sansone R.A., Leung J.S., Wiederman M.W. (2012) The abuse of prescription medications and employment history. International Journal of Psychiatry in Medicine 43(3), 273-278.
- Schepis T.S., McCabe S.E. (2016) Trends in older adult nonmedical prescription drug use prevalence: Results from the 2002-2003 and 2012-2013 National Survey on Drug Use and Health. Addictive Behaviors 60, 219-222.
- Simoni-Wastila L., Strickler G. (2004) Risk factors associated with problem use of prescription drugs. American Journal of Public Health 94(2), 266-268.
- Simoni-Wastila L., Ritter G., Strickler G. (2004) Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. Substance use & Misuse 39(1), 1-23.
- Sotkanet.fi. (2018) Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%). Alkoholiuolleisuus / 100 000 asukasta. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0iYg3tNbNLgIA®ion=s07MBAA=&year=sy6rsDbX0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. Viitattu 22.8.2018.

Stewart T.D., Reed M.B. (2015) Lifetime nonmedical use of prescription medications and socioeconomic status among young adults in the United States. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 41(5), 458-464.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1998) Preliminary Results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017) 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville, MD.

Tetrault J.M., Desai R.A., Becker W.C., Fiellin D.A., Concato J., Sullivan L.E. (2008) Gender and non-medical use of prescription opioids: results from a national US survey. *Addiction* (Abingdon, England) 103(2), 258-268.

THL. (2017a) Päihdehuollon huumeasiakkaat 2016. Tilastoraportti 36/2017. Helsinki.

THL. (2017b) Päihdetilastollinen vuosikirja 2017: Alkoholi ja huumeet. Suomen virallinen tilasto. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Helsinki.

TuET. (2014) THL:n Tutkimuseettinen työryhmä: pöytäkirjaote 4/2014, diaarinumero THL/622/6.02.01/2014.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2013) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2011) The non-medical use of prescription drugs. Policy direction issues. New York.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018) World Drug Report 2018. Executive summary. Conclusions and policy implications. United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9.

Van Hasselt M., Keyes V., Bray J., Miller T. (2015) Prescription Drug Abuse and Workplace Absenteeism: Evidence from the 2008–2012 National Survey on Drug Use and Health. *Journal of Workplace Behavioral Health* 30(4), 379-392.

Wang K.H., Fiellin D.A., Becker W.C. (2014) Source of prescription drugs used nonmedically in rural and urban populations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 40(4), 292-303.

WHO. (2014) Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization. Edition. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. (2018) Päihdetutkimus 2014: Koodikirja. <https://services.fsd.uta.fi/catalogue/FSD3181/PIP/cbF3181.pdf>. Viitattu 21.11.2018.

YLE 19.3.2018. Trump vaatii huumekauppiaille kuolemantuomiota ja lääkkeiden hintoja alas Yhdysvalloissa.

Young A.M., Havens J.R., Leukefeld C.G. (2012) A Comparison of Rural and Urban Nonmedical Prescription Opioid Users' Lifetime and Recent Drug Use. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 38(3), 220-227.

Zullig K.J., Divin A.L. (2012) The association between non-medical prescription drug use, depressive symptoms, and suicidality among college students. *Addictive Behaviors* 37(8), 890-899.

LIITTEET

Liite 1. AUDIT-C-kyselylomake

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta (0)
- 3-4 annosta (1)
- 5-6 annosta (2)
- 7-9 annosta (3)
- 10 tai enemmän (4)

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

Liite 2. Kyselylomakkeen kysymykset

Tutkimuksessa käytetyt Päihdetutkimus 2014 -kyselylomakkeen kysymykset

Taustatietoja

1. Mikä on sukupuolesi?

- 1 Mies
- 2 Nainen

2. Minä vuonna olet syntynyt? 19

3. Mikä on pääasiallinen asuinpaikkasi?

- 1 Pääkaupunkiseutu (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen)
- 2 Muu yli 100 000 asukkaan kaupunki
- 3 50 000-100 000 asukkaan kaupunki
- 4 Pienempi kaupunki
- 5 Maaseudun asutuskeskus tai taajama
- 6 Muu maaseutu

4. Mitkä ovat perhesuhteesi? Oletko:

- 1 naimaton
- 2 avoliitossa
- 3 naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa
- 4 eronnut tai asumuserossa
- 5 leski

7. Mikä on peruskoulutuksesi?

- 1 Osa kansa- tai peruskoulua tai vähemmän
- 2 Kansakoulu tai kansalaiskoulu
- 3 Peruskoulu tai keskikoulu
- 4 Ylioppilastutkinto

8. Mikä on ammattikoulutuksesi?

- 1 Ammattikoulu
- 2 Ammatillinen opisto
- 3 Ammattikorkeakoulu tai muu alempi korkeakoulututkinto
- 4 Ylempi korkeakoulututkinto
- 5 Ei mikään näistä

75. Oletko nykyisin:

- 1 palkansaaja, kokopäivätyössä
- 2 palkansaaja, osapäivätyössä
- 3 maatalousyrittäjä tai työssä perheen maatilalla
- 4 muu yrittäjä
- 5 työtön tai lomautettu
- 6 eläkkeellä
- 7 opiskelija
- 8 vanhempainlomalla, hoitovapaalla

9 hoidat kotia

10 muu vaihtoehto, mikä? _____

Alkoholin käyttö

16. Kuinka usein juot alkoholijuomia?

1 Päivittäin tai lähes päivittäin

2 4–5 kertaa viikossa

3 2–3 kertaa viikossa

4 Kerran viikossa

5 2–3 kertaa kuukaudessa

6 Noin kerran kuukaudessa

7 Muutaman kerran vuodessa

8 1–2 kertaa vuodessa

9 Harvemmin kuin kerran vuodessa

17. Kuinka monta annosta alkoholia tavallisesti juot niinä päivinä jolloin käytät alkoholia?

1 1–2 annosta

2 3–4 annosta

3 5–6 annosta

4 7–9 annosta

5 10–13 annosta

6 14 annosta tai enemmän

18. Kuinka usein juot kerralla... jos olet nainen: neljä annosta tai enemmän?

jos olet mies: kuusi annosta tai enemmän?

1 Vähintään 4 kertaa viikossa

2 2–3 kertaa viikossa

3 Noin kerran viikossa

4 1–3 kertaa kuukaudessa

5 3–10 kertaa vuodessa

6 1–2 kertaa vuodessa

7 Harvemmin tai en koskaan

Huumeiden käyttö

31. Oletko joskus kokeillut tai käyttänyt jotain huumausainetta (kuten hasista, marihuanaa, amfetamiinia, heroiniä tai muita vastaavia aineita)?

1 Kyllä

2 En

Lääkkeet

46. Oletko joskus kokeillut tai käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?

1 Kyllä

2 En

47. Oletko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeillut tai käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?

- 1 Kyllä
2 En

48. Kuinka usein viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olet käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?

- 1 Päivittäin
2 Vähintään kerran viikossa
3 1–3 kertaa kuukaudessa
4 3–10 kertaa vuodessa
5 1–2 kertaa vuodessa

49. Oletko viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kokeillut tai käyttänyt lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen?

- 1 Kyllä
2 En

50. Oletko joskus käyttänyt ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen:

	Kyllä	En
a) rauhoittavia lääkkeitä tai unilääkkeitä (esim. bentsodiatsepiineja kuten Diapam, Oxepam, Tenox, Xanor, Temesta, Stilnoct, Dormicum)?	1	2
b) vahvoja kipua lievittäviä lääkkeitä (esim. Tramadol, Panacod, Oxynorm)?	1	2
c) Lyrica tai muuta pregabaliinia?	1	2
d) muita lääkkeitä, mitä?	1	2

51. Oletko käyttänyt edellä mainittuja lääkkeitä:

	Kyllä	En
a) päihtyäksesi?	1	2
b) vahvistaaksesi muiden päihteiden vaikutuksia	1	2
c) lääkitäksesi muiden päihteiden aiheuttamia seurauksia (esim. huono olo, vieroitusoireet, univaikeudet)?	1	2
d) hallitaksesi työstä, opiskelusta tms. aiheutuvaa stressiä?	1	2
e) kestääksesi arkea ja parantaaksesi oloasi?	1	2
f) parantaaksesi työ- tai opiskelusuoritustasi?	1	2
g) helpottaaksesi sosiaalista vuorovaikutusta?	1	2
h) hoitaaksesi omaehtoisesti kipua tai muuta vaivaa?	1	2
i) hoitaaksesi unettomuutta?	1	2
j) tehostaaksesi vaikutusta, koska lääkärin määräämä annos ei tunnu riittävältä?	1	2
k) pelkästään kokeillaksesi?	1	2
l) muuhun tarkoitukseen, mihin? _____	1	2

52. Millä tavoin olet saanut tai hankkinut ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen käyttämäsi lääkkeet?

	Kyllä	En
a) Apteekista henkilökohtaisella reseptillä	1	2
b) Apteekista väärennetyllä reseptillä	1	2
c) Puolisolta, ystävältä tai muulta läheiseltä	1	2
d) Ostamalla katukaupasta	1	2
e) Tuomalla ulkomailta	1	2

f) Tilaamalla internetistä	1	2
g) Varastamalla apteekista tai muusta paikasta	1	2
h) Muualta, mistä? _____	1	2